



*Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta*

Katedra psychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Osobnostní rysy jedinců závislých na psychoaktivních látkách, na alkoholu a patologických hráčů

**Personality traits of individuals addicted to psychoactive
substances, alcohol and pathological gamblers**

Jméno: Bc. Veronika Černá

Rok předložení práce: 2013

Vedoucí práce: PhDr. Tereza Soukupová Ph. D

Datum a místo odevzdání práce: V Praze, dne 3. května 2013

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a pouze s využitím literatury, kterou cituji a uvádím v seznamu.“

V Praze, dne 3. května 2013

.....

Bc. Veronika Černá

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat především PhDr. Tereze Soukupové Ph. D, za cenné rady a připomínky při vedení diplomové práce. Dále také PhDr. Petru Goldmannovi, za zprostředkování možnosti výzkumného šetření v PL Bohnice a Aleně Škaloudové Ph. D za pomoc se statistickým zpracováním dat. V neposlední řadě patří dík i všem účastníkům výzkumu, bez kterých by diplomová práce nemohla vzniknout.

Obsah

Úvod	9
TEORETICKÁ ČÁST	12
I. PROBLEMATIKA ZÁVISLOSTI A ZÁVISLOSTNÍHO CHOVÁNÍ	12
1. Psychoaktivní látky a závislost na nich	12
1. 1. Závislost a její definice	13
1. 2. Znaky závislosti	15
1. 3. Ostatní terminologie	16
1. 4. Příčiny závislosti	17
1. 4. 1. Závislost a rodina	19
1. 5. Rizikové faktory a specifika vzniku závislosti v jednotlivých vývojových obdobích	23
1. 5. 1. Vztah mezi závislostí a ranným dětstvím	24
1. 5. 2. Dětství od narození do 12 let	24
1. 5. 3. Dospívání	24
1. 5. 4. Raná dospělost	25
1. 5. 5. Střední dospělost – krize středního věku	25
1. 5. 6. Pozdní dospělost a stáří	26
1. 6. Specifika návykového chování u žen	26
1. 7. Změny osobnosti vlivem užívání návykových látek	27
1. 8. Teorie a patogeneze závislostního chování	28
1. 8. 1. Neurobiologická teorie	28
1. 8. 2. Některé psychologické výklady	29
1. 8. 3. Sociologické pojetí vzniku závislosti	30
2. Jednotlivé typy závislostí	30
2. 1: F 10: Závislost na alkoholu	30
2. 1. 1. Stadia vzniku závislosti	31
2. 1. 2. Důsledky užívání alkoholu	33
2. 2. F 11 – F 19: Závislost na psychoaktivních látkách, nealkoholových drogách	33
2. 1. Stadia vzniku závislosti	34

2. 2. 2. Projevy abúzu různých psychoaktivních látek	35
2. 2. 3. Důsledky užívání psychotropních látek	36
2. 2. 4. Užívání drog a kriminalita	37
3. Nutkavé a impulzivní poruchy	37
3. 1. F 63: Patologické hráčství	37
3. 1. 1. Definice patologického hráčství	38
3. 1. 2. Stadia vzniku závislosti	39
3. 1. 3. Důsledky patologického hráčství	40
3. 1. 4. Patogeneze gamblingu	41
4. Shrnutí a komparace jednotlivých typů závislostí	41
 II. OSOBNOST	 44
1. Pojem osobnosti	44
1. 1. Definice osobnosti	45
1. 2. Osobnostní rysy	46
2. Sebepojetí a sebehodnocení	47
2. 1. Sebepojetí	47
2. 2. Sebehodnocení	47
3. Temperament	49
4. Osobnost toxikomana	49
 III. DOSTUPNÉ VÝZKUMY V OBLASTI OSOBNOSTI ZÁVISLÝCH JEDINCŮ	 51
1. Výzkumy v České republice	51
1. 1. Výzkumný ústav psychiatrický	51
1. 2. Výzkum V. Vojtíka a V. Břicháčka	51
1. 3. Výzkum M. Svobody a Z. Habánové	52
1. 4. Výzkum P. Jeřábka	52
2. Zahraniční výzkumy	53
2.1. Cloningerova typologie	53
2. 2. Craigova srovnávací studie	53
 EMPIRICKÁ ČÁST	 54
1. Motivace k výzkumu a formulace výzkumného problému	54

2. Výzkumné cíle a otázky	54
2. 1. Dílčí cíle	54
3. Použité metody	54
3. 1. Osobnostní dotazník MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) .	54
3. 2. Polostrukturovaný rozhovor	58
4. Výzkumné hypotézy	58
5. Statistické hypotézy	59
6. Charakteristika výzkumných podmínek a výzkumného souboru	59
7. Popis a interpretace výsledků výzkumu	60
7. 1. Hypotéza první	61
7. 1. 1. Porovnání skupin jedinců ve validizačních škálách	61
7. 1. 2. Konfigurace validizačních škál jako indikátor inadekvátních postojů k testu	63
7. 1. 3. Porovnání skupin jedinců ve standardních klinických škálách	63
7. 1. 4. Porovnání skupin jedinců ve doplňkových škálách	67
7. 1. 5. Shrnutí výsledků	68
7. 1. 6. Skupina patologických hráčů	70
7. 2. Hypotéza druhá	71
7. 2. 1. Rozdíly mezi pohlavími ve validizačních škálách	71
7. 2. 2. Rozdíly mezi pohlavími v klinických škálách	73
7. 2. 3. Shrnutí výsledků	74
7. 3. Hypotéza třetí	74
7. 4. Hypotéza čtvrtá	76
8. Hodnocení statistických hypotéz	77
8. 1. Hypotéza první	77
8. 2. Hypotéza druhá	78
9. Výsledky a interpretace rozhovorů	79
9. 1. Údaje z rozhovorů	79
9. 2. Shrnutí	82
10. Vyjádření k dílčím cílům diplomové práce	82
10. 1. Osobnostní rysy závislých osob obecně	82
10. 2. Rozdíly v osobnostní struktuře mezi muži a ženami	83
10. 3. Rozdíly v osobnostní struktuře mezi uživateli alkoholu, psychoaktivních látek a patologických hráčů	84

11. Diskuse	84
Závěr	92
Seznam použité literatury	95
Přílohy	97

Úvod

Závislost a závislostní chování vůbec je v dnešní době aktuálním tématem, které si dle mého názoru zaslouží nemalou pozornost. Vypovídá o tom i skutečnost, že na toto téma byla provedena řada výzkumných šetření, která docházejí k více či méně podobným výsledkům.

Lidé se ode dávna snažili najít možnost uniknout z problémové či nudné situace a dosáhnout slastných pocitů, přinášejících jim nevídané zážitky. Právě psychoaktivní látky takové zážitky umožňují. Zbavují stresu, obav, starostí, pomáhají navazovat vztahy, nová přátelství. Přinášejí rychlé a snadné uspokojení. Já sama se ve svém okolí setkávám často nejen s legálními drogami, mezi kterými mohu jmenovat přirozeně kávu, čaj, či látky více devastující organismus, jako alkohol a tabák. Stále častěji však přicházím do styku s lidmi, kteří touží po větším množství úžasných zážitků. A právě ty jim přináší drogy nelegální. Jsem toho názoru, že k tomuto přispívá i dnešní uspěchaná doba. Člověk hnaný stresem touží po odpočinku a po chvílích klidu a míru nebo naopak po chvílích totální euforie. Chce se zbavit myšlenek na práci a na stres, chce si dopřát chvíli jen pro sebe.

Pokorný píše, že „na závislost lze pohlížet v různých úrovních. Nelze ji oddělit od našeho života, vždy jsme do jisté míry na něčem závislí. Závislosti existují nezávisle na životní úrovni, stupni vývoje společnosti, kultuře a podobně. Mění se však jejich forma, intenzita, důsledky a samozřejmě, i jejich objekty“ (Pokorný a kol., 2002, str. 13).

V každé době a oblasti bývala jistá droga preferována a postupně v dané kultuře získala své místo. Příslušníci společnosti si na ni zvykli, do určité míry se s ní naučili zacházet, její užívání bylo tolerováno, protože se stalo tradicí. V našich zeměpisných podmínkách to je především alkohol. (Vágnerová, 1997, str. 31).

Alkohol, přesto, že je látkou společností podporovanou, má pro člověka mnoho negativních a deformujících účinků. Jeho škodlivost je laickou veřejností dlouhodobě podceňována. Společenské myšlení je proalkoholní.

Marihuana se v dnešní době stává přirozenou součástí mnoha mladých lidí. Nejen podle mé osobní zkušenosti ji okusí alespoň několikrát za život nadpoloviční část populace. Skutečný problém však nespátřuji v marihuaně, ale v látkách svým účinkem mnohem silnějších a více devastujících.

S nealkoholovými drogami se můžeme setkat také stále častěji. Přesto, že jsou

na rozdíl od alkoholu nelegální, cesta k nim není přespříliš složitá, stávají se dostupnými. Lidé často účinky návykových látek vyhledávají. Přináší jim bezstarostnost, možnost osvobodit se od každodenních povinností.

Tento společný znak se však neobjevuje jen u látek, jako jsou alkohol a drogy. Jistý únik z reálného, tvrdého světa přináší také hra. Tato zdánlivě nevinná činnost může přerůst v závislost velmi silnou, neovladatelnou. Hraní může přinášet člověku stejnou úlevu a stejný únik, jako psychoaktivní látky či alkohol.

Dlouhou dobu přemýšlím nad tím, jakým způsobem se stane, že pro některé lidi zůstane užívání návykové látky či hraní pouze občasným povyražením a pro některé se stává osudovým problémem. A právě z tohoto důvodu jsem se rozhodla ve své diplomové práci zpracovat toto téma. Proniknout tak více do problematiky závislostního chování a porozumět tomu, jaké vlastnosti a faktory predisponují jedince k užívání návykových látek.

Můj zájem se soustředí na to, zda existují osobnostní rysy, které predisponují člověka k závislostnímu chování. Otázkou je, zda můžeme najít u těchto osob některé společné, osobnostní charakteristiky.

Tato diplomová práce je rozdělena na dvě části. Část teoretickou a část empirickou. Teoretická část práce je přehledně dělena na tři oddíly. První oddíl se zabývá vymezením pojmů závislosti, závislostního chování. Rozlišuje jednotlivé druhy a stadia závislosti, účinky jednotlivých návykových látek. Hledá příčiny a popisuje rozvoj závislostního chování, vliv různých situací a prostředí také v průběhu vývojových období. Druhý oddíl se zabývá pojmem osobnosti, popisuje osobnostní rysy, sebepojetí, sebehodnocení a temperament. V oddílu třetím jsou popsána některá dosud provedená výzkumná šetření, domácí i zahraniční.

Část empirická se zabývá již samotným výzkumem, který byl proveden v Psychiatrické léčebně Praze Bohnicích s pacienty lůžkových oddělení závislosti. Výzkum byl zcela dobrovolný a účastnilo se jej 78 osob. Hlavní užitou metodou byl klinický dotazník MMPI-2 a také bylo s pacienty provedeno 9 rozhovorů. Hlavním cílem bylo zjistit, zda existují nějaké shodné osobnostní rysy, které by mohly predisponovat člověka k závislostnímu chování. Porovnávám tři skupiny jedinců. Závislé na psychoaktivních látkách, na alkoholu a patologické hráče. Hledám také rozdíly mezi muži a ženami. Přestože hledám především osobnostní rysy jedinců, příčiny závislosti spatřuji také v patologickém výchovném prostředí a dalších okolnostech.

Cílem diplomové práce je především prozkoumat osobnostní rysy jedinců užívajících alkohol, psychoaktivní látky a jedinců závislých na hře. Stanovuji si hypotézy, které následně potvrzuji, či vyvracím, a dostávám se tak k odpovědím na otázky, které si již delší dobu pokládám.

TEORETICKÁ ČÁST

I. PROBLEMATIKA ZÁVISLOSTI A ZÁVISLOSTNÍHO CHOVÁNÍ

Člověk, jako živá bytost, se s tématem závislosti konfrontuje od prvních chvil života. Vyvíjí se v absolutní závislosti na organismu matky. Bez péče blízkých osob by člověk nebyl schopný rozvinout se v moudrou lidskou bytost. Závislí jsme také na dalších aspektech, jako jsou například vzduch, voda, slunce ale i takové faktory jako například mínění a podpora druhých.

V průběhu života se však člověk touží osamostatnit a hledá cestu k nezávislosti. Někdy zůstane nezávislost pomyslným životním cílem a končí závislostí na návykových látkách (Kalina, 2008, str. 17).

1. Psychoaktivní látky a závislost na nich

Psychoaktivní látka

„Jako psychoaktivní označujeme látky, které po aplikaci (např. požití, injekční aplikaci, inhalaci) mění psychický stav, obvykle subjektivně žádoucím způsobem“.
(Vágnerová, 1997, str. 31)

Dle Vágnerové (1997, str. 31) může být motivace lidí k užívání psychoaktivní látky různá:

- Potřeba vyřešit problémy, uniknout stresovým situacím a frustraci, uvolnit zábrany.
- Potřeba dosáhnout uspokojení nebo slasti, která není jinak dosažitelná, resp. není běžně dostupná.
- Potřeba uniknout stereotypu, nudě, získat inspiraci.
- Potřeba sociální konformity, uchování sociálních vztahů, potřeba být akceptován skupinou nebo subkulturou, v níž užívání drogy patří k standardu chování.

Chaloupka (1986, str. 17) uvádí několik typů motivace mladistvých, směřující k užívání návykových látek:

- Zvědavost
- Svedení druhými, partou
- Touha po mimořádných, senzačních zážitcích

Důsledkem užití psychoaktivní látky nemusí být nutně závislost. Někteří lidé užijí psychoaktivní látku pouze jednou a nikdy více se k ní již nevrátí. Další skupinou jsou lidé, užívající návykové látky příležitostně, v příhodných situacích, které k tomu vybízejí, například na diskotékách, společenských akcích. Opravdovou závislost na nich si nikdy zcela nevypěstují, jsou schopni kvalitního života i bez návykové látky.

Velkým problémem se však psychoaktivní látka stane ve chvíli, kdy se bez ní člověk již nedokáže adekvátně přizpůsobovat požadavkům okolí. Psychoaktivní látka se stává součástí metabolických procesů člověka, jeho organismus si na ni již zcela zvykl a po jejím odejmutí dochází k dramatickým abstinenčním příznakům.

1. 1. Závislost a její definice

Syndrom závislosti je stav, který vyplývá z opakovaného užívání návykové látky. Závislost členíme na fyzickou a psychickou. Fyzická závislost se definuje jako stav adaptace organismu na drogu. Tolerance člověka k návykové látce se stále zvyšuje. K dosažení stejného efektu potřebuje stále větší a větší dávku. Při vysazení drogy dochází k abstinenčním příznakům.

Psychická závislost naproti tomu znamená potřebu užívat opakovaně nebo trvale drogu k vyvolání příjemných prožitků a k odstranění prožitků nepříjemných a zatěžujících. Člověk má návyk užívat drogu, protože mu přináší uspokojení. (Vágnerová, 1997, str. 32).

Závislostní chování je široký pojem, který zahrnuje nejen závislost na alkoholu, psychoaktivních látkách, ale také impulzivní a návykové stavy, které mají se závislostním chováním mnoho společných charakteristik.

Na prvním místě je nutné uvést definici syndromu závislosti.

Podle 10.revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) je syndrom závislosti: „Skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuoobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje“ (Nešpor, 2007, s.10).

Podle MKN-10 rozlišujeme v kategorii F 10 - F 19 tyto typy závislosti:

- F 10: Závislost na alkoholu
- F 11: Závislost na opioidech
- F 12: Závislost na kanabinoidech
- F 13: Závislost na sedativech a hypnoticích
- F 14: Závislost na kokainu
- F 15: Závislost na jiných stimulancích včetně kofeinu a pervitinu
- F 16: Závislost na halucinogenech
- F 17: Závislost na tabáku
- F 18: Závislost na organických rozpouštědlech
- F 19: Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách

V porovnání s definicí MKN-10 uvádím definici závislosti podle Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace (DSM-IV). Diagnóza se stanovuje na základě příznaků závislosti.

Pro diagnózu závislosti by měl pacient vykazovat alespoň tři ze sedmi uvedených příznaků v období 1 roku:

- a) růst tolerance
- b) odvykací příznaky po vysazení látky
- c) přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu
- d) dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky
- e) trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejích účinků
- f) zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky nebo jejich omezení
- g) pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou způsobeny nebo zhoršovány užíváním látky

Jinou definici uvádí Mečíř, který píše, že „Závislost se definuje jako stadium periodické nebo chronické otravy, škodlivé pro jedince i pro společnost, vyvolané používáním přirozené nebo syntetické látky. Typické jsou touha nebo nutkání pokračovat za všech okolností v zneužívání působícího prostředku, nezbytnost opatřovat si ji všemi způsoby,

tendence zvyšovat používanou dávku, psychická a mnohdy fyzická závislost na účinku prostředku“ (Mečíř, 1989, s. 38).

1. 2. Znaky závislosti

Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících projevů (Nešpor, 2007, s.10):

1. *silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving, bažení)*

Termínem craving označujeme silnou touhu pociťovat účinky návykové látky, přičemž musíme rozlišovat bažení tělesné, které vzniká při či po odeznívání účinku návykové látky a bažení psychické, které se může objevit i po několikaleté abstinenci. Bažení zhoršuje kognitivní funkce a v některých případech zvyšuje riziko recidivy.

2. *potíže v sebeovládání při užívání látky*

Tento druhý znak závislosti úzce souvisí se znakem předchozím. Bažení zhoršuje sebeovládání člověka, avšak i člověk, trpící silným bažením, může mít zachované sebeovládání a naopak. Pacient se musí naučit uvědomovat a ovládat své emoce, vyhýbat se veškerým látkám, které zhoršují sebeovládání člověka, a to nejen té látce, na které je závislý. Vhodné je také vyhýbání se rizikovému prostředí, které podněcuje k užívání látky, celková změna životního stylu.

3. *tělesný odvykací stav*

Pro diagnózu somatického odvykacího stavu musí být splněna tři kritéria:

- Nedávné vysazení či redukce látky po opakovaném nebo dlouhodobém užívání
- Příznaky jsou v souladu se známými známkami odvykacího syndromu
- Příznaky nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nezávislým na užívání látky a nejsou lépe vysvětlitelné jinou psychickou či behaviorální poruchou. (Nešpor, 2007, s. 16)

Pro každou návykovou látku jsou stanovena diagnostická kritéria odvykacího syndromu a každý z nich má odlišnou nebezpečnost pro závislého jedince. Některé odvykací stavy jsou pro člověka relativně bezpečné, tzn. nevedou k vážnému poškození či smrti (např. kokain, těkavé látky), jiné jsou naopak velmi nebezpečné, s možností letálního vyústění (např. alkohol, sedativa a hypnotika).

4. *průkaz tolerance k účinku látky*

Tolerance se projevuje zejména tím, že k dosažení stejného účinku je třeba stále vyšších dávek. V některých případech však dochází k poklesu tolerance (psychologické vlivy, v důsledku předchozí abstinence, v pokročilých stádiích závislosti na alkoholu, somatické onemocnění).

5. *postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů*

Závislý člověk zanedbává všechny jiné činnosti a aktivity, jediným jeho zájmem zůstává shánění a užívání látky, které zaplňuje veškerý jeho volný čas.

6. *pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků*

Tento znak závislosti je validní pouze v případě, že je pacient obeznámen o škodlivých účincích dané látky.

Uvedené znaky závislosti jsou si v zásadě velmi blízké s diagnózou dle Americké psychiatrické asociace, ve které se však neobjevuje prvotní znak závislosti, tedy silná touha užívat látku, neboli craving, bažení, což může být překvapující, jelikož bažení je dle MKN-10 považováno za centrální popisnou charakteristiku syndromu závislosti.

1. 3. Ostatní terminologie

V literatuře se můžeme setkat také s dalšími pojmy, vztahujícími se k závislostnímu chování.

Akutní intoxikace

„Stav po aplikaci psychoaktivní látky, vedoucí k poruchám úrovně vědomí, poznávání, vnímání, emotivity nebo chování, nebo jiných psychofyzilogických funkcí nebo reakcí. Poruchy jsou vyvolány přímým akutním farmakologickým působením, a časem mizí, s úplným návratem, pokud nedojde k poškození tkání, nebo se neobjeví jiné komplikace.“ (MKN-10)

Úzus

„Užívání drogy v přijatelném množství, v přijatelné době, ve shodě s oprávněnými zájmy jednotlivce i společnosti“ (Chaloupka, 1986, str. 10).

Škodlivé užití (abúzus)

„Příklad užití psychoaktivní látky vedoucí k poruše zdraví. Poškození může být somatické nebo psychické.“ (MKN-10)

1. 4. Příčiny závislosti

Závislosti a závislostní chování mají celou řadu příčin, z nichž žádnou nelze označit jako nezbytně nutnou, či primární. Vznik závislosti je multifaktoriální, příčiny jsou jak společenské, tak individuální.

Jedinou jistotou v patogenezi závislosti je, že závislým se může člověk stát, pokud dlouhodobě a často konzumuje velké množství alkoholu či drog (případně se věnuje hráčství). K tomu dochází často v sociálním prostředí, ve kterém jsou tyto látky dostupné.

Závislost může vznikat jako reakce na určitou zátěž. Nepříznivých faktorů potencujících vznik závislosti je mnoho. Jedním z nich je genetická a rodinná zátěž jedince. Člověk má tendenci zrcadlit chování, jež vidí u svých blízkých. Dalším důležitým faktorem je jistě samotná výchova a prostředí, v němž jedinec vyrůstá. Mezi další nepříznivé faktory mohou patřit nepříznivé traumatizující zážitky, které jedince postihnou (např. znásilnění, přepadení, ohrožení života apod.). Takovéto události jsou zvláště nepříznivé v ranných obdobích života jedince. Takovýto jedinec nemá dosud rozvinuté potřebné obrany, jeho osobnost se teprve vyvíjí a traumatizující události mohou mít velmi závažný dopad právě na jeho vývoj. Každý jedinec je však individuální bytost a na každého působí různé události různým způsobem. Osobnostní nastavení a povaha jedince tedy velmi ovlivňuje způsoby vnímání rizikových faktorů.

Následně uvádím několik pojetí příčin vzniku závislosti:

Bergeret uvádí ve své publikaci (Bergeret, 1995, str. 5) tripolární koncepci příčin vzniku závislosti. Na jejím vzniku mají podíl především:

- Užívaná látka a její působení na organismus
- Osobnost toxikomana a všechny jeho afektivní funkce
- Úloha různých prostředí, jimiž toxikoman procházel od útlého dětství, nebo v nichž se pak následně vyvíjel

Urban (1973, str. 29) uvádí shodné faktory, vedoucí ke vzniku závislosti, jako Bergeret. Navíc však přidává ještě čtvrtý faktor, který označuje jako preticipující podnět.

Aby osoba začala zneužívat návykovou látku, potřebuje k tomu zpravidla nějaký provokující podnět. U žen to bývají především podněty z citové oblasti, např. rozvod, rodinné či pracovní potíže. U mužů stojí v popředí oblasti pracovní, touha po uplatnění.

Mládež většinou užije drogu kvůli touze po něčem novém, neznámém, hledání smyslu života.

Dle Urbana se tyto faktory mohou lišit případ od případu, avšak v každém případě závislosti jsou přítomny všechny.

Skála (Skála, 1988, s. 116) uvádí podobnou teorii:

„Drogou jsou ohroženi především jedinci nevyrovnaní, neuspokojení, neúspěšní a nešťastní, ale současně chtějí dosáhnout změn svých subjektivních pocitů bez vynaložení skutečného úsilí“

Rotgers (Rotgers, 1999, str. 22) uvádí tzv. modely predispozice k onemocnění. Tyto modely předpokládají, že závislost se rozvíjí na základě biologických odlišností, které předcházely počátku užívání návykových látek. Geneticky přenášené biologické rizikové faktory některé jedince predisponují k závislosti, jakmile jsou jednou vystaveni účinku návykových látek.:

Model genetické determinace

Role prostředí v etiologii závislosti je považována za irelevantní. Závislost je zcela determinována geny. Existují určité geny pro určitý druh látky – například „gen pro alkoholismus“, „gen pro kokainismus“ a podobně.

Model genetického vlivu

Závislost determinují mnohočetné biologické rizikové faktory v interakci s faktory psychosociálního prostředí. Samotný vliv genetiky ani prostředí není pro vznik závislosti dostačující, avšak je výsledkem kombinace obojího.

Model kombinované genetické determinace

Existují různé typy alkoholismů a drogových závislostí, k jejichž objasnění jsou nutné různé etiologické teorie.

Rotgers (1999, str. 18) také uvádí závislost jako bio-psycho-socio-spirituální záležitost.

Alkohol i jiné návykové látky vyvolávají chemické změny v mozku, způsobuje změny na buněčných membránách. Na počátku je užívání drogy posilováno, protože přináší pozitivní účinky. Později, při odeznění látky, dochází k negativním účinkům drogy a osoba je tak motivována k tomu, aby látku znovu užila a tím si přivodila opět účinky pozitivní. Změny v mozkové struktuře vedou k vytvoření bludného kruhu.

Na dimenzi biologickou nasedá přímo dimenze psychologická. Bludný kruh můžeme vidět například v tom, že požívání alkoholu, či jiné drogy na jednu stranu způsobuje nepříjemné stavy, na druhou stranu je však zmírňuje.

Lidé závislí na alkoholu často trpí nedostatkem sebeúcty, kterému předchází právě jeho užíváním. Uživatelé alkoholu mohou být přecitlivělí, sebelítostiví, mají nízkou frustrační toleranci, různé obavy. Chronické užívání návykových látek doprovází zpravidla události, které ústí v mnohočetné psychologické problémy. Nepříjemné pocity s nimi spojené provokují další chování, vedoucí k vyhledání a konzumaci drogy a osobní potíže dále narůstají.

Lidé závislí na drogách se potýkají také s mnohými sociálními problémy. Dochází k obtížím především v manželských a rodinných kruzích avšak i k dalším problémům. Objevují se potíže v zaměstnání, mezi přáteli, spory se zákonem, sociální stigmatizace a pokles sociálního statutu, společenského postavení. Nespokojenost a stres s tímto spojené opět vedou k dalšímu užívání návykové látky.

U mnoha lidí vrcholí dlouhodobé užívání drogy k pocitům odcizení, izolace, prázdnoty, ztráty smyslu života. Například pocity zoufalství jsou častým důsledkem užívání alkoholu, avšak také podnětem k dalšímu pití, kterým chtějí tento pocit utlumit.

1. 4. 1. Závislost a rodina

Je zřejmé, že rodina, prožívané dětství a výchovné prostředí vůbec mají primární vliv na rozvoj osobnosti jedince, se všemi jeho klady, zápory, zvyky či vlastnostmi a tedy i predisponují k určitým postojům k návykovým látkám. Rodina má na rozvoj závislosti nesporný vliv.

Riziko návykové choroby u dítěte se zvyšuje, pokud je již dříve v rodinné anamnéze jiná neléčená a nezvládnutí návyková choroba. Důležitý je také postoj rodičů k návykovým látkám.

Užívání návykové látky není prokazatelné žádnou evidentní příčinou. Rizikovými faktory jsou však nedostatek času na dítě, málo péče, nedostatečné citové vazby, fyzické

násilí, týrání či zneužívání dítěte, podceňování. Rizikovým faktorem je také život bez rodiny a bez domova vůbec.

Na druhou stranu, rodina může působit i řadou protektivních faktorů, jako jsou například jasná pravidla a hodnoty, vhodný výchovný styl (vřelý a středně omezující), odmítavý postoj k drogám, ochrana a bezpečí dítěte, dobré rodinné vztahy a duševní zdraví rodičů.

V rodinách, v nichž se vyskytuje závislost, lze najít jisté typické rysy (Rotgers, 1999, str. 19). Patří mezi ně:

Pseudoindividuace

Neboli zdánlivé osamostatnění. Dospívající s návykovým problémem odmítá autoritu rodičů, ale současně bývá stále méně schopen se o sebe postarat a selhává v životních rolích. To zvyšuje jeho závislost na rodině a snižuje jeho naději na skutečné osamostatnění v budoucnu.

Triangulace

Probíhá tehdy, když si dospívající s návykovým problémem stěžuje matce na otce, otci na matku apod. Blokuje tak komunikaci a spolupráci ve svém okolí a tím získává prostor pro pokračování svého návykového chování.

V rodinách často dochází k *rozmělnění meziosobních a mezigeneračních hranic*.

Překračování meziosobních hranic může znamenat nepřiměřené přebírání odpovědnosti za jiného člena rodiny a často se projevuje spojenectvím s jedním členem rodiny proti ostatním.

V rodinách se objevuje často také *patologická rovnováha*.

Závislost a návykové chování je tolerováno výměnou za jiné, patologické chování, např. mimomanželský vztah či jiný návykový problém.

Umožňování

Objevuje se v situaci, kdy jeden z členů rodiny umožňuje či usnadňuje návykové chování. Například matka omlouvající svého syna ve škole, platící jeho dluhy, poskytující stravu a domov apod.

Kodependence

Je častým jevem v rodinách, kde je některý z členů závislý na návykové látce. Některý člen rodiny se zaměřuje na uspokojování ostatních, bez ohledu na své vlastní potřeby.

V rodinách často dochází také k *omezení komunikace*.

Člověk s návykovým problémem se často vyhýbá komunikaci s ostatními členy rodiny, a dochází k *odcizení, vzdálení či dezintegraci rodiny*. Omezená komunikace a rostoucí počet problémů vedou často k odcizení a rozpadu rodiny, což komplikuje léčbu pacienta.

Kalina ve své publikaci (2008, str. 45) uvádí charakteristiky, které predikují užívání drog dětmi v rodině:

- Užívání drog rodiči, jejich trestná činnost.
- Nedostatečná či přehnaná péče rodičů.
- Špatná komunikace mezi rodiči a dětmi.
- Nedostatek jasných pravidel a jejich rozporuplné uplatňování.
- Nedostatečná pozornost vůči vrstevnickým vztahům dítěte a jeho zájmům.

Kalina dále uvádí charakteristiky Cancriniho (2008, str. 46), který udává čtyři typy závislosti:

- Závislost traumatického typu (trauma, zneužívání apod.)
- Neurotická závislost (napětí, nejasné vztahy, partnerské obtíže rodičů apod.)
- Přechodová závislost (tabuizace, vážná duševní porucha v rodině apod.)
- Sociopatická závislost (lhostejnost, kriminalita, fyzické násilí, apod.)

Jako nejčastější pro rozvoj závislostí vidí Cancrini příčiny neurotické.

Deprivace

Deprivace je stav, kdy některá z objektivně významných potřeb, biologických i psychických, není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu (Vágnerová, 1997, str. 17). Deprivační zkušenost patří k nejzávažnějším zátěžovým rodinným vlivům. Může nepříznivě ovlivnit psychiku jedince, resp. jeho vývoj vůbec. Patogenní význam deprivace je závislý na období, kdy k ní došlo. Dlouhotrvající deprivace může vést k narušení psychického vývoje, k nerovnoměrnému rozvoji některých složek osobnosti či ke vzniku specifických psychických odchylek.

Závislost se stává rodinným problémem v několika případech.

- Uživatelem drogy mohou být dospívající děti rodičů, na něž má jejich výchova patologický vliv. V tomto případě se může jednat o rodinu opravdu patologickou, socioekonomicky slabou, s nesprávnými výchovnými postupy.
- Může se ale také stát, že rodina je milující, její výchovné postupy jsou relativně správné, avšak i v tomto případě se stává dítě uživatelem návykových látek.
- Uživatelem však mohou být i samotní rodiče dětí, kteří se dosud s drogou nesetkaly. V tomto případě také mluvíme o patologickém vlivu na děti, avšak pohlížíme trochu jiným úhlem pohledu.

Závislost na drogách a alkoholu je chronický stav, který je provázený relapsy. Objevují se tedy období relativního klidu, avšak ty jsou převáženy obdobími drogových opojení. Obě tyto stránky mají důsledky pro výchovu dětí. Protiprávní chování, které povětšinou užívání drog doprovází, dostávají již od útlého věku děti do styku s trestnou činností, jsou vystavovány možnosti, že rodiče půjdou do výkonu trestu. Tyto střídající se období relativní stability a nejistoty uvádí děti ve velký zmatek. Děti jsou ve většině případů zanedbávány, týrány a zneužívány, návykové látky mají v takovýchto případech přednost před vším ostatním. Díky těmto skutečnostem je pro děti nesnadné vytvořit si k rodičům adekvátní citový vztah. Pevné citové vazby jsou však zásadně důležité pro rozvoj dítěte. Dítě u rodičů hledá prvotní pocity bezpečí, lásky, důvěry, díky nim si vytváří vlastní hodnotový systém. Pokud nejsou tyto potřeby naplňovány, má to na dítě celoživotní dopady.

Děti rodičů užívajících drogy čelí celé řadě potencionálně negativních následků. Jedním z nich může být právě rozvoj závislosti na drogách u nich samotných. Děti musí být dříve samostatné, mnohdy se jejich role obrátí, a nestarají se rodiče o děti, ale spíše děti o rodiče. Děti zažívají pocity odmítání, trápí je pocity, že jsou pro rodiče méně důležití, nežli droga. Svět zprostředkovaný rodiči je pro dítě nebezpečným, krutým místem. Děti drogově závislých rodičů se z velké části dostávají do náhradní rodinné péče.

Jak již bylo uvedeno výše, v některých případech se však stane, že užívat drogy začínají i osoby, které měly dobré rodinné zázemí, fungující rodinný systém. V takovém případě je to pro rodinu velký problém, který zasahuje do všech oblastí, převrací život celé rodiny naruby. Drogový problém jednoho člena rodiny se stává středobodem veškerého dění. Dochází k deformaci jednotlivých rolí v rodině. Rodiče často nezastávají jednotný názor, dochází ke konfliktům nejen mezi nimi dítětem, ale i mezi rodiči samotnými. Matky zastávají

často liberálnější pohled, snaží se své děti bránit, nechtějí se uchýlovat k extrémním řešením. Drogově závislé děti toho mnohdy zneužívají. Na drogové problémy jednoho člena rodiny doplácí také jeho sourozenci, kteří jsou v dané situaci odsunuti do pozadí, jejich problémy nejsou tolik hodné pozornosti. Tento fakt u nich sekundárně vyvolává další potíže.

Závislost na drogách či alkoholu je tedy velkým problémem jak ze strany rodičů, tak ze strany dětí. Pokud převládá v rodině dítěte od útlého dětství prodrogový postoj, je velmi pravděpodobné, že si závislost vytvoří později i dítě samo.

Rodina a její výchovný styl mají velkou měrou podíl na budoucím vývoji dítěte. Z výše uvedeného vyplývá, že problémem se stává patologický rodinný systém, ve kterém dochází k zanedbávání potřeb dítěte.

Na druhou stranu se problémem a potencionálním rizikovým faktorem může stát i příliš liberální výchova, hyperprotektivní a ochraňující rodinné prostředí. Role matky je často spojována s možným negativním vlivem na vznik závislosti. Hyperprotektivní matky způsobují například to, že je na nich dítě příliš závislé a nedokáže se adaptivním způsobem osamostatnit.

Skála uvádí, že osoby závislé na alkoholu mají dominantní matku a pasivního otce a že v rodinné výchově je více nepříznivých okolností nežli u lidí, kteří problémy s pitím nemají (Skála, 1987, str. 38).

1. 5. Rizikové faktory a specifika vzniku závislosti v jednotlivých vývojových obdobích

Přestože závislost vzniká ve většině případů později, nežli v dětství, právě toto období může mít klíčový význam pro její vznik. V dětství se vytváří většina modelů chování, které jedinec používá v různých obměnách po celý další život. Dětství má také zásadní vliv na vnímání sebe sama a svého místa ve společnosti. Formují se vnitřní struktury života, na základě kterých se jedinec po zbytek života vztahuje k okolí. Období dětství a dospívání nelze vnímat jako jednu životní etapu, jde o řadu na sebe navazujících období, z nichž každé má své specifické úkoly. Užívání drog bývá nejvýraznější ve věku 15 – 19 let (Kalina, 2008, str. 254).

Období dospívání lze rozdělit na pubertu a adolescenci. Tato dvě období jsou od sebe těžko oddělitelná, nemají jasně danou věkovou hranici. Ve vývoji jedince existují značné rozdíly, které jsou dány dědičnou dispozicí, temperamentem, prostředím apod. Obecně však lze předpokládat, že období dospívání je zahájeno nástupem puberty (od 12 do 16 let),

po kterém nastupuje období adolescence, končící ranou dospělostí (cca 22 let).

1. 5. 1. Vztah mezi závislostí a ranným dětstvím

Účinek psychoaktivní látky umožňuje vyjádření určitých afektů a uspokojení určitých potřeb, které za běžného stavu vědomí bývají potlačeny. Obvykle jde o potřeby a afekty pocházející z minulosti – převážně z dětství. Užívání drog, stejně jako pití alkoholu, bývá autory z psychoanalytického okruhu spojováno se závislým typem osobností struktury fixované v orálním stadiu vývoje. Uživatel se stává závislým na zvnějšku přicházejících podnětech, které ovlivňují to, jak cítí, vnímá a jak se chová. Regresivní a extrémně silný základ vztahu vůči těm, které miluje, brání závislému vyjádřit případné agresivní, kritické nebo separační myšlenky, pocity či chování přímo. Intoxikace umožňuje náhradní vyjádření těchto stavů. Intoxikace člověku umožňuje vyjádřit to, co by v běžné situaci nedokázal, nebojí se v danou chvíli důsledků svého jednání (Vodáčková a kol, 2002, str. 428).

1. 5. 2. Dětství od narození do 12 let

Zpočátku je dítě ve všem závislé na dospělém, respektive na matce. Pokud je zkušenost dítěte pečující a laskavá, může to dítěti v dospělosti pomoci důvěřovat okolí. V období batolecím se začíná oddělovat od matky, nastává tzv. období prvního vzdoru. I nadále rodiče zůstávají nejdůležitějšími osobami, avšak většina dětí se začíná dostávat i mimo rodinu, např. do mateřských škol, mezi vrstevníky. Setkává se s novými autoritami. Již v tomto věku je nutné vštěpovat dítěti hodnoty zdraví, později upozorňovat i na nepříznivé účinky alkoholu a drog (Csémy, Nešpor, 1995, str. 20).

1. 5. 3. Dospívání

Tento věk je náročný. Dochází k dozrávání tělesnému i duševnímu, ke komplexní přeměně osobnosti. Podle Eriksona (Erikson, 2002, str. 237) probíhá v této etapě života klíčový konflikt identita vs. zmatení rolí. V hledání identity hrají drogy mnohoznačnou úlohu, mohou být součástí experimentování a hledání, vstupují do spontánní ritualizace tohoto stadia a mohou zprostředkovávat postrádanou sounáležitost. Užívání drog může slibovat řešení obtíží či únik od nich. Řada uživatelů přijde s návykovými látkami do kontaktu již v období dospívání či adolescence.

Jedním z významných úkolů dospívání je uvolnění dítěte z primární rodiny. Vyvíjí se jeho vlastní identita, hledá sám sebe, ujasňuje si postoj ke světu, k morálním hodnotám. V období dospívání se mění také vztahy s vrstevníky, formují se party. Vliv part

na dospívajícího je velký. Člověk touží někam patřit. A právě tyto chvíle mohou být rizikové pro rozvoj závislosti, užívání drog.

Řada vývojových změn vyrůstá z adolescentního riskování, kouření, pití, užívání drog. Adolescenti touží být přijímáni jako dospělí a touto cestou mohou nárokovat statut dospělého.

Specifická rizika návykových látek v porovnání s dospělými (Hort a kol, 2000, str. 285):

- Vyšší riziko těžkých otrav (nižší tolerance, menší zkušenost a sklon k riskování)
- Rychleji se vytváří závislost (u dospělého se může závislost vytvářet i léta, u dospívajícího to může být i několik měsíců)
- Zaostávání v psychosociálním vývoji (zejména oblast vzdělávání, citového a sociálního vyžívání, sebekontrola)
- Vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem návykové látky (úrazy, násilná smrt)
- Nepříznivý vliv na zrání CNS
- Návykové problémy se u dospívajících častěji pojí s dalšími komplikacemi (selhávání životních rolí, trestná činnost apod.)
- Tendence zneužívat širší spektrum návykových látek
- Mnohem častější riziko recidivy, dlouhodobá prognóza však bývá příznivější

1. 5. 4. Raná dospělost

Erikson zde popisuje konflikt intimity vs. izolace (Erikson, 2002, str. 239). Pocity izolace či nepochopení druhými mohou vést k interpersonálním selháním či vzpourám, i k návykovému chování.

Lidé nacházející se v období mladé dospělosti často uzavírají manželství, plodí děti. I tyto momenty mohou být jedním z predisponujících faktorů k užívání návykových látek. Pokud lidé žijí v manželství, může tímto faktorem být například manželská krize. Nebo naopak, život bez partnera, neschopnost najít ten správný protějšek. Potenciální rizikovou skupinou mohou být také osamělé matky, přetížené povinnostmi a starostmi.

1. 5. 5. Střední dospělost – krize středního věku

Hlavním úkolem tohoto vývojového období je dosažení a udržení uspokojivé pracovní pozice, stabilizace rodiny. Střední věk je vrcholem zralosti a nárůstu zodpovědnosti (Vágnerová, 2007, str. 178). Lidé balancují svůj dosavadní život, hledají smysl dalšího života. Erikson uvádí v tomto období konflikt generativity vs. stagnaci (Erikson, 2002. str. 242). Pokud je tento konflikt úspěšně vyřešen, dokáže se jedinec starat o druhé.

V souvislosti s tzv. krizí středního věku se může objevit odmítavý postoj jedince ke společnosti, vlastní rodině. Propuknutí alkoholismu či patologického hráčství či užívání drog jsou častým fenoménem jako pseudo-řešení této krize.

1. 5. 6. Pozdní dospělost a stáří

Stárnutí je spojeno s úpadkem tělesných funkcí. Dochází ke změnám sebehodnocení, člověk si začíná uvědomovat své limity a někdy není schopný je akceptovat. Právě v této chvíli může dojít k nástupu užívání návykových látek. Odolnost vůči návykovým látkám však s věkem klesá. Pokles tolerance zvyšuje riziko těžkých intoxikací. Svůj vliv mohou také mít některé užívané léky a ke zdravotním škodám dochází obecně rychleji nežli u mladší populace.

1. 6. Specifika návykového chování u žen

Ženy bývají zpravidla ve vztahu k návykovým látkám a jiným rizikům, jako je hazardní hra, zdrženlivější a opatrnější. Návykové látky však působí u žen silněji, nežli u mužů, například kvůli menším játrům, nižší hmotnosti, vyššímu obsahu tuku v těle. I zdravotní škody se u nich projevují dříve. U žen dochází k vyšší hladině alkoholu v krvi při požití stejného množství alkoholu i na 1 kg tělesné hmotnosti. U žen se prokázal vyšší výskyt konzumu alkoholu v premenstruálním období. Ženy reagují na alkohol silněji a méně předvídatelně. U žen je vyšší výskyt depresí a úzkostných stavů, které podporují závislost na alkoholu. Závislost má u nich většinou psychogenní etiologii (zátěžové životní okolnosti, násilí v rodině), zatímco u mužů spíše etiologii sociogenní (životní styl, nevhodná společnost apod.) (Csémy, Nešpor, 1996, str. 153).

Ženy v daleko větší míře trpí závislosti na lécích ze skupiny sedativ, hypnotik a anxiolytik, což je považováno za závislost způsobenou lékaři. Tyto látky jsou ženám předepisovány mnohem častěji, nežli mužům.

Ženy jsou okolím za abúzus návykových látek a své neadekvátní chování více odsuzovány. Právě z tohoto důvodu u nich převažuje samotářské pití. Závislá žena bývá častěji týrána, zneužívána. Sociologická podstata genderové specifičnosti je patrná ve fenoménu „dvojí deviace“. Žena, jako uživatelka drog je vnímána jako dvojí deviant – je diviantní pro samotné užívání a zároveň zklamává ve své ženské roli. Zvláště těhotné ženy a mladé matky užívající drogy čelí sociálnímu odsouzení (Kalina, 2008, str. 265).

První kontakt žen s psychiatrickými pracovišti bývá v průměru o deset let déle, nežli mužů. Závislé ženy lze rozdělit do dvou skupin. V první skupině starších žen lze nalézt

bohatou neurotickou symptomatologií a zdánlivou sociální stabilizací. Ženy pijí doma potají, aby se zbavili vnitřního napětí. Druhou skupinu poté tvoří adolescentky, u nichž už v převážné většině případů lze zaznamenat vývoj psychopatických rysů.

1. 7. Změny osobnosti vlivem užívání návykových látek

Drogy mají vliv na osobnost člověka, jsou velmi nebezpečné a devastující pro celý jeho organismus. Užívání návykových látek sebou přináší mnohá somatická onemocnění. Při nadměrném užívání alkoholu dochází k atrofii mozku, která se zlepšuje po abstinenci trvající déle než jeden rok. Dochází k poškození jater, slinivky břišní a kostní dřeně. Těžší uživatelé alkoholu trpí často vředovou nemocí. Jaterní cirhózy končící smrtí mají stále stoupající tendenci, přičemž alkohol se podepíše na mnoha z nich. Dochází také ke změnám na srdci, skleróze, či změnám krevního tlaku.

Ani psychická stránka osobnosti však nezůstává nedotčena. V souvislosti s užíváním návykové látky mohou vzniknout duševní poruchy, které poté provází pacienta celým jeho životem.

MKN-10 rozlišuje tyto stavy:

Delirium tremens se vyskytuje po několikaletém abúzu alkoholu. V popředí jsou halucinace, především zrakové a tělové, dále třes, zrychlený tep, zvýšená teplota. Vědomí je oblužené, nemocný je dezorientován místem a časem. Delirium vzniká náhle, většinou v noci, končí obvykle po několika dnech.

Psychotická porucha označuje „soubor psychotických fenoménů, které se objevují během užití psychoaktivních látek nebo po něm, které však nelze vysvětlit pouze akutní intoxikací a nejsou součástí odvykacího stavu. Porucha je charakterizována halucinacemi, percepčními, zkomolenými bludy, psychomotorickými poruchami a abnormálním afektem, který se může objevit v rozsahu od intenzivního strachu až k extázi. Vědomí je obvykle jasné, ale určitý stupeň jeho zastření může být přítomen, nikoliv však těžký stav zmatenosti.“

(MKN-10)

Do této kategorie spadá i dříve užívaný pojem alkoholická halucinóza.

Amnestický syndrom je „syndrom sdružený s výrazným chronickým postižením paměti na nedávné i vzdálené skutečnosti. Bezprostřední vybavování je obvykle zachováno a čerstvá paměť je typicky více poškozena než paměť dávná. Narušení pocitu času a řazení událostí

jsou obvykle zřejmé, jako je porušena schopnost učit se novému. Konfabulace může být vyjádřena, ale není vždy přítomna. Jiné kognitivní funkce mohou být relativně dobře zachovány a amnestické defekty jsou v nepoměru k ostatním poruchám“ (MKN-10).

V literatuře se můžeme setkat i se starším označením Korsakovova psychóza.

Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem je „porucha, u níž změny v poznávání, afektu, osobnosti nebo chování, vyvolané alkoholem nebo psychoaktivní substancí, přetrvávají za období, kdy přímý účinek ve vztahu k psychoaktivní látce může být předpokládán. Nástup poruchy by měl mít přímý vztah k užití psychoaktivní látky.“ (MKN-10)

1. 8. Teorie a patogeneze závislostního chování

Přibližně v polovině 20. století se začalo na závislost nahlížet jako na nemoc a byla zařazena do americké i evropské klasifikace nemocí. Jako hlavní medicínský model závislosti se prosadil model neurobiologický. Vychází z dopaminové hypotézy. Užívání drog je spojováno se vzestupem dopaminu v mozku. Předmětem zájmu je, jak droga působí na mozek a tím dochází k behaviorálním změnám v podobě závislostního chování (Kalina, 2008, str. 25).

1. 8. 1. Neurobiologická teorie

Neurobiologická teorie se snaží porozumět podstatě závislosti a přináší některé premisy a možné důsledky závislosti:

- Vznik závislosti i její terapie jsou dlouhodobé procesy (stejně jako závislost nevzniká po prvním užití drogy, tak ani léčba není záležitostí krátkodobou, ale dlouhodobou).
- Ukončení užívání drog není jednoduché (je těžké vrátit se k dřívějšímu, komplikovanějšímu způsobu života).
- Změny v mozku jsou do určité úrovně vratné (mozek je tvárný, schopný změn k původnímu stavu)
- Závislost je silně recidivující onemocnění (relapsy jsou časté).
- Kontext užívání drogy v paměti působí silné riziko relapsu (těžké odprostit organismus od odměny ve formě drogy).
- Stres je spojen s rizikem relapsu (je třeba soustředit se na strategie předcházení nelibým situacím, vyrovnávání se se stresem).

- Závislý mozek nezvládá odložení zisku odměny (droga přináší rychlé uspokojení touhy, odměnu. Je třeba naučit se oddálit uspokojení).
- Přirozené zdroje odměny jsou v závislém mozku oslabeny (třeba hledat přirozené zdroje odměny, volnočasové aktivity).
- Závislý mozek vykazuje silnou tendenci rozvoje závislosti na jakékoliv droze.
- Na udržování užívání drog se podílí pozitivní i negativní posilování.
- Návykový potenciál mají obecně všechny zdroje nepřiměřeně velké odměny.

1. 8. 2. Některé psychologické výklady

Teorie učení

Tyto teorie přichází z tezí, že konzumace alkoholu a drog je chováním naučeným a zpevňovaným pozitivními účinky těchto látek (tzv. instrumentální podmiňování). Konzumace alkoholu je zpevňována tlumivými vlastnostmi alkoholu. Osoby, jež jsou vystavovány v životě stresovým situacím, podlehnou závislosti častěji, nežli osoby stresované méně. Pro ně představuje alkohol jen malé zpevnění. Všichni stresovaní lidé však nepodléhají závislosti stejnou měrou – důležité je také sociální učení a vliv sociálních vzorů.

Různé teorie se liší v názoru na to, co je tzv. prealkoholická či pretoxikomanická osobnost. Například McClelland (Skála, 1987, str. 35) popisuje tzv. *teorii moci*. Podle ní pijí zvláště muži usilující o osobní moc. Touží po moci, ale cítí se slabí. Alkohol jim umožní uskutečnit své fantazijní síly.

Manželé McCordovi provedli studii, která srovnávala, jak se v dětství projevovaly osoby, později závislé na alkoholu. Tyto osoby byly popisovány jako impulzivní a antisociální. Podobných výsledků dosáhly i další studie. Závislost na alkoholu se může vyvinout také na bázi primární afektivní poruchy (Winokur, in Skála, 1987, str. 37).

Psychologie self

Psychologie self spojuje vznik závislosti s poruchou jádra osobnosti (Zášková, 2004, str. 36). Defekt osobnosti je dán poruchou funkčních prvků organizace self. Tvoří základ symptomatologicky odlišných poruch. Mezi ně patří například sexuální deviace, kriminalita, či právě závislost na návykových látkách. Tyto poruchy představují neúspěšné pokusy napravit centrální defekt, tzn. neadekvátnost svých ambic vzhledem k možnostem prostředí.

Závislému dává droga pocity vnitřní síly, sebeúcty, sebedůvěry, které jinak postrádá (Zášková, 2004, str. 36).

Vývojová psychologie (vychází z teorie J. Piageta)

Závislost na drogách souvisí s postoji vytvořenými v raném dětství. Zvláště důležitá je úloha učení kolem šestého roku věku (je třeba negativních postojů k alkoholu v okolí) a nápodoba v období adolescence, kdy vzrůstají postoje a aktivity antisociálního charakteru. V období mezi osmnáctým a dvacátým pátým rokem je zachyceno nejvíce pijáků (Zášková, 2004, str. 37).

Neobehaviorální psychologie

Tento psychologický směr považuje závislost za naučené chování, nikoli za nemoc. Uplatňují se zde mechanismy zpevňování pozitivními účinky návykové látky a opakování.

1. 8. 3. Sociologické pojetí vzniku závislosti

V sociologických teoriích se dává závislost do souvislosti především s těmito faktory a vlivy (Zášková, 2004, str. 39):

- Sociodemografické faktory (pohlaví, věk, společenský status, vzdělání apod.).
- Socioekonomické faktory (dostupnost a cena drogy, průměrná spotřeba apod.).
- Vliv společenských skupin v průběhu socializace.

2. Jednotlivé typy závislosti

2. 1: F 10: Závislost na alkoholu

Alkohol provází člověka snad po celou dobu jeho civilizovaného vývoje. Znali ho nejen staří Egypťané, ale i staří Sumerové. Naši předchůdci pili povětšinou pivo a víno. Zásadním obratem byl objev destilace, umožňující překročit hranici čtrnácti procent koncentrace. Alkohol je však především droga. Její zrádnost spočívá v tom, že k návyku dochází relativně pomalu. Tato droga má nejprve příjemné účinky, při pravidelném užívání však mění naši psychiku. Uvádí se, že vznik závislosti trvá deset až patnáct let (Marhounová, Nešpor, 1995, str. 66). Vznikem návyku bývá nejvíce ohrožen ten, kdo alkohol dobře snáší.

Alkohol je v našich zemích nejčastěji užívanou psychoaktivní látkou. Je to droga společenská, lidé nejčastěji konzumují alkohol ve skupině. Činí tak často ritualizovaně,

např. ve formě přípitků při oslavách. Žádná nelegální droga se nevyrovná alkoholu v masovosti užívání s takto tragickými důsledky. Škodlivé užívání alkoholu má četná somatická rizika (hypertenze, srdeční onemocnění, jaterní onemocnění, duševní onemocnění). Existují odhady uvádějící, že na celém světě je na alkoholu závislé 1% populace (Marhounová, Nešpor, 1995, str. 66).

Dle Skály (in Vágnerová, 1997, str. 32) existují dva základní faktory, disponující člověka k nadměrnému užívání alkoholu:

Genetické dispozice

Člověk, jemuž alkohol díky jeho metabolické dispozici přináší zvlášť příjemné pocity a nemá nepříjemné následky, si vytváří závislost snadněji. Vrozený předpoklad reagovat na alkohol pozitivním způsobem ovlivňuje proces dalšího učení: člověk se snáze naučí pít, jestliže mu alkohol - alespoň na počátku - přináší jen příjemné zážitky.

Určité osobnostní rysy (např. nezdrženlivost, impulzivita a neschopnost přiměřeného sebeovládání), rovněž představují rizikový faktor. Tito lidé častěji užívají alkohol, nedovedou pít s mírou, a proto si snadněji vytvoří závislost.

Faktor učení

Tendence k užívání alkoholu může vzniknout jako nápodoba rodičovského nebo jiného modelu, např. pod vlivem party. Takové chování se opět zafixuje zejména u lidí, kterým alkohol přináší pozitivní prožitky - např. tím, že zvyšuje jejich pocit jistoty, síly, zlepšuje sebehodnocení, dává pocit moci apod.

2. 1. 1. Stadia vzniku závislosti

Marhounová a Nešpor (1995, str. 66) popisují čtyři stadia vývoje závislosti na alkoholu:

1. Alkohol je drogou, kterou si člověk sám ordinuje, aby potlačil nepříjemné psychické stavy nebo aby dosáhl dobré nálady.
2. Piján přechází od méně koncentrovaných nápojů ke koncentrovanějším, alkohol dobře snáší.
3. Tolerance organismu vůči alkoholu je stále dobrá, začínají se objevovat tzv. okénka
4. Tolerance organismu se snižuje, k opilsti stačí už velmi malé množství. Piján začíná s konzumací nápojů už ráno, pije několik dnů po sobě, okénka jsou stále častější.

Podobné členění vývoje závislosti na alkoholu popsal i Jellinek (in Vágnerová, 1997, str. 33):

1. Počáteční stadium

Člověk užívá alkohol k potlačení nepříjemných stavů, k dosažení dobré nálady, nebo je jeho chování projevem sociální konformity. Postupně se zvyšuje frekvence pití a stoupají dávky alkoholu.

2. Stadium prodromální, varovné

V důsledku zvýšené konzumace stoupá tolerance k alkoholu, člověk si na něj zvyká a pije stále více. Nad svým pitím ztrácí kontrolu. Varovným znamením je tendence pít sám, případně tajně.

3. Stadium kritické

Konzumace a s ní související tolerance k alkoholu stále roste. Začínají se objevovat alkoholické amnézie. V tomto stadiu člověk ztrácí kontrolu nad svým pitím, už se nedovede ovládnout a pít s mírou. Sám je ovšem přesvědčen, že by byl schopen přestat pít, kdyby to bylo třeba a kdyby chtěl. Své chování nedokáže ovládat, i když se o to někdy pokouší. Závislý člověk již potřebuje alkohol denně, neobejde se bez něj. Užívání alkoholu vede ke vzniku dalších problémů, zejména sociálního charakteru. Je zřejmé, že se pod vlivem alkoholu začínají měnit osobnostní vlastnosti. Dochází ke změně v hodnotovém systému, k oploštění zájmů i vztahů k lidem.

4. Stadium terminální

Dochází k obratu, tolerance k alkoholu se začíná snižovat. Člověk pije prakticky nepřetržitě, první dávku si dává hned ráno. V této fázi se objevují psychické i somatické poruchy podmíněné dlouhodobým abúzem alkoholu, i v sociální oblasti si člověk vede stále hůře. Toto stadium je typické stavy bezmocnosti, kdy si alkoholik uvědomuje svou neschopnost zvládnout závislost na alkoholu, postupně dochází k celkovému úpadku osobnosti.

Závislost na alkoholu může být jak psychická tak fyzická, projevující se abstinenčním syndromem. Mezi příznaky abstinenčního syndromu patří úzkost, neklid, podrážděná nálada, malátnost, třes, bolesti hlavy, mohou se objevit i halucinace a křeče. Silnější abstinenční syndrom může vyústit v delirium tremens, které je ohrožující pro život člověka.

Závislost vzniká jako následek dlouhodobého, pravidelného nadužívání alkoholu. Vytváří se zpravidla několik let, délka vývoje závislosti je individuálně různá. U mladistvých se závislost vytvoří rychleji, někdy jen za několik měsíců.

2. 1. 2. Důsledky užívání alkoholu

Důsledky užívání alkoholu se projevují ve všech oblastech života závislého. Dochází nejen k úpadku zdraví somatického a psychického, ke změnám ve struktuře osobnosti. Nezanedbatelné důsledky se projevují i v oblasti sociální.

Pokles výkonnosti se objevuje v zaměstnání, člověk již nedokáže zvládat úkoly, na které dříve stačil. Dochází k absencím, mnohdy i ztrátě zaměstnání.

Problémy se rozvíjí také v rodině, mezilidských vztazích. Člověk ztrácí své přátele, mnohdy dochází k rozpadu rodiny.

2. 2. F 11 – F 19: Závislost na psychoaktivních látkách, nealkoholových drogách

Vývoj a užívání těchto látek má také dlouhou historii. Některé látky byly užívány například k šamanským rituálům. Drogy byly známy již ve starých společnostech, hlavně Orientu, Americe, Asii, dávno před našim letopočtem. Evropská civilizace byla zasažena drogami později (Chaloupka, 1986, str. 5). Rozvoj medicíny a především pak psychiatrie, přináší s sebou i vývoj a výrobu látek s cílem působit na psychiku nemocného.

Obdobně jako v případě dlouhodobého užívání alkoholu dochází i při požívání psychoaktivních látek ke vzniku duševního onemocnění. Jeho výskyt po prvním kontaktu s drogou je však za mnohem kratší časový úsek, než v případě chronického alkoholismu.

Podobně, jako u vzniku závislosti na alkoholu, působí i při závislosti na drogách určité predisponující faktory. Tyto dvě skupiny faktorů působící ve vzájemné interakci, určují vznik závislosti jedince (Vágnerová, 1997, str. 36):

Osobnost člověka a vlastnosti jeho organismu

Např. fyziologické reakce organismu.

Vlivy vnějšího prostředí

Např. sociokulturní vlivy, situační podněty – tradice užívání drogy, její dostupnost apod.

Mnoho autorů se snažilo vytipovat tzv. osobnost toxikomana a najít některé zákonitosti, které by se daly zobecnit. Neexistuje však žádný zvláštní typ osobnosti, který by předurčoval ke vzniku závislosti, každý člověk se může stát závislým na návykové látce.

Svoji roli hrají následující faktory:

- Aktuální stresová situace jako spouštěč.
- Míra neschopnosti a neochoty člověka uvědomit si a přiznat riziko řešení osobních problémů pomocí drog.
- Uspokojivé sociální zakotvení (profesní a rodinné zázemí) a fungující vztahy s lidmi schopnými poskytnout potřebnou podporu snižují riziko volby tohoto způsobu řešení potíží.

Pro vznik závislosti jsou důležité také určité psychické a sociální faktory:

- Porucha funkce primární rodiny a patologické výchovné prostředí
- Nižší úroveň vzdělání
- Vliv party či subkultury
- Labilní emoční prožívání, úzkost, deprese
- Nízká sebedůvěra, sebehodnocení, vůle
- Impulzivita, touha po vzrušení, rigidita reagování
- Věk – riziko vzniku závislosti je největší u mladých lidí
- Porucha osobnosti, jiná duševní porucha (např. poruchy neurotického charakteru)

2. 2. 1. Stadia vzniku závislosti

Netík (Netík, 1991, str. 37) uvádí, že droga má určité fyziologické a psychické účinky, které jejího konzumenta vedou k opakovanému užití. Vyvolává žádoucí pocity, ale je třeba stále větší a častější dávky, protože organismus získává stále větší toleranci. Čím delší je užívání, tím více se mění různé psychické i fyziologické vlastnosti. Postupně dochází k narušení schopnosti autoregulace. Člověk není schopen přestat.

Obrannou reakcí je racionalizace abúzu a identifikace se subkulturou drogově závislých.

Drogová závislost vzniká postupně, ale mnohem rychleji, nežli závislost na alkoholu:

1. Stadium experimentování

Mnohdy závislost vzniká z prvotního pocitu nudy, zvědavosti, touhy po něčem neobvyklém. Značnou roli hraje sociální vzor člověka, který drogu užívá či snaha uniknout od problémů běžného života.

2. Příležitostné užívání

Člověk užívá drogu pouze v určitých situacích, droga je pro něj únikem z reality, neohrožuje však ještě jeho životní roli.

3. Pravidelné užívání

Člověk užívá drogu čím dál častěji, nechce si připustit zvyšující se riziko jejího užívání.

4. Návykové užívání

Člověk se už nesnaží svoji závislost skrývat, droga se pro něj stává středobodem života. Nezáleží mu na mínění druhých, je bezohledný ke všemu, co se netýká samotné drogy.

2. 2. 2. Projevy abúzu různých psychoaktivních látek

F 11: Závislost na opioidech

Mezi opioidy řadíme opium, heroin, morfin, metadon a kodein. Tyto látky vyvolávají velmi rychle oba typy závislosti, tedy psychickou i fyzickou. Je zde velké riziko předávkování, vedoucí až ke smrti. Jsou to látky tlumivé, mezi jejich účinky tedy patří pocity klidu, útlum organismu, uvolnění a otupělost. Osobnost závislého je postupně devastována, je narušena schopnost sebekontroly, morální hodnoty i normy.

F 12: Závislost na kanabinoidech

Do této skupiny řadíme především marihuanu a hašiš. Kanabinoidy patří mezi nejvíce užívané a rozšířené drogy. S užíváním začínají již velmi mladí lidé a jejich rizika velmi podceňují. Závislost vzniká pouze psychická. Mezi očekávané účinky patří euforie, pocity klidu a míru. Na druhou stranu však mohou vyvolávat i úzkost a halucinace.

F 13: Závislost na sedativech a hypnoticích

Sedativa a hypnotika jsou léky s běžnou dostupností. Závislost na nich vzniká relativně dlouho, je však fyzická i psychická. Vlivem užívání těchto látek dochází k útlumu organismu, poruchám myšlení, zhoršení paměti i pozornosti, k výkyvům emocí. Projevy abstinčního syndromu bývají dramatické, někdy vyúsťující až smrtí.

F 15: Závislost na stimulanciích

Stimulancia jsou látky, které mají opačný účinek, nežli opiáty. Zvyšují bdělost, aktivitu a pohotovost člověka, mívají anorektický účinek. Mezi nejvíce užívaná stimulancia patří metamfetamin, neboli pervitin. Tyto látky vyvolávají závislost psychickou. Po nastoupení abstinčních příznaků se člověk cítí vyčerpaný, dysforický až depresivní. Objevují se poruchy spánku, provázené nočními můrami. Někteří lidé mají suicidální tendence.

F 16: Závislost na halucinogenech

Mezi halucinogenní drogy se řadí především LSD a psylocybin. Někdy také extáze, jež je na pomezí s drogami stimulačními. Tyto látky vyvolávají stavy excitace, dochází ke změnám vědomí, impulzivnímu jednání. Mezi účinky vedlejší, neočekávané patří ale také stavy úzkosti, paniky a i nějakou dobu po odeznění látky se mohou objevit tzv. flashbacky. Závislost na těchto látkách není fyzická, vyvinout se může závislost psychická.

F 18: Závislost na organických rozpouštědlech

Závislost na těchto látkách se řadí mezi nejnebezpečnější, přestože je pouze psychická. Na organismus mají tyto látky silně devastující účinek. Mezi nejvíce užívané patří především toluen a benzin. Jsou běžně dostupné široké veřejnosti. Mezi očekávané účinky patří apatie, útlum, zhoršení funkcí organismu. Dlouhodobé užívání vede k degradaci osobnosti, bezohlednosti, demenci, je zde velké riziko poškození organismu někdy i s letálním průběhem.

2. 2. 3. Důsledky užívání psychotropních látek

Důsledky užívání psychoaktivních látek nejsou o nic menší, nežli důsledky užívání alkoholu. Dochází k následkům somatickým, psychickým i sociálním, k celkové degradaci osobnosti.

Mezi somatická poškození patří především selhávání různých orgánů, ale také další sekundární následky užívání, mezi která patří především nemoci jako hepatitida, HIV apod. Negativně se mění i zevnějšek člověka, ztrácí se hygienické návyky, jeho organismus chátrá.

Podobně drastické změny probíhají i na psychické rovině, mění se struktura osobnosti člověka. Dochází ke změnám v emočním prožívání, člověk je labilní, zvýšeně dráždivý. Změny probíhají také na rovině kognitivní a na rovině CNS, zhoršuje se paměť, pozornost. Závislý člověk mění i svůj hodnotový systém, není schopen sebeovládání, upadá jeho vůle,

mění se životní styl. V pokročilých stádiích závislosti je již jeho jedinou starostí samotná droga a její shánění. Nic jiného již není důležité. Dlouhodobé užívání psychoaktivních látek vyvolává vážné duševní poruchy.

V důsledku změn v osobnosti člověka se mění i jeho sociální postavení. Jedinec se stává bezohledným ke svému okolí, je necitlivý a nerespektující potřebné normy. Postupem času selhává ve škole, ztrácí zaměstnání i své přátele, stává se přítěží i pro svou rodinu. Identifikuje se se subkulturou drogově závislých, což prohlubuje jeho celkovou stigmatizaci.

2. 2. 4. Užívání drog a kriminalita

Abúzus drog a kriminalita mají k sobě velmi blízko. Lidé, kteří přišli o své zaměstnání, si shání peníze na návykové látky ilegálním způsobem.

Přísně jsou v České republice stíháni nejen obchodníci a překupníci s psychotropními látkami. Velkou skupinu deliktů toxikomanů tvoří právě ty, které mají za cíl opatření drogy. Bývá to nedovolená manipulace s prostředky vedoucími k výrobě omamných látek, padělání lékařských předpisů, vloupání se do lékáren, běžné krádeže.

Další velkou skupinu tvoří trestné činy páchané uživateli drog a to nejen po jejím požití, ale také v rámci abstinčních příznaků. Jde především o činy vypjaté agresivity, výtržnictví, majetkové trestné činy. Tato cílová skupina považuje páchání trestné činnosti často za běžnou součást životního stylu a nezbytný způsob obstarávání finančních prostředků na nákup drogy.

Další skupina je tvořena bohatě strukturovanou činností, vyplývající ze vztahů mezi toxikomany a jejich okolím.

Určitou část tvoří také trestné činy, které jsou páchané na toxikomanech samotných.

3. Nutkavé a impulzivní poruchy

3. 1. F 63: Patologické hráčství

Hra je lidstvem nahlížena jako věc příjemná a dobrovolná. Probouzí nevědomé části naší psychiky, které nám umožňují být kreativní. Lehkost myšlenky a její realizace formou hry je něco, co člověka přitahuje, někdy až tak, že zapomíná na reálný svět, ve kterém existuje. Ve společnostech s negativním postojem k hazardu a drogám se tyto činnosti šíří velmi omezeně. Tam, kde si však společnost na určitou drogu zvykla, je téměř nemožné zcela před ní zavřít dveře. V České republice se gambling začal rozvíjet od roku 1989. Novou oblastí gamblingu, která se objevila v roce 1995, je hraní a sázení na internetu. Tato forma gamblingu je ještě nebezpečnější (Kalina, 2008, str. 238).

V MKN-10, části F 10 – F 19 nenajdeme diagnózu patologické hráčství. Není to tedy závislost v pravém slova smyslu, avšak má se závislostí jisté společné rysy. Pojem patologické hráčství se stal diagnózou v roce 1980. Jako medicínský problém jej postulovala Americká psychiatrická společnost.

V MKN-10 náleží diagnóza patologické hráčství ke skupině F 63 – Nutkavé a impulzivní poruchy. Tato kategorie obsahuje poruchy chování, které jsou charakterizované opakovanými činy, které nemají jasnou racionální motivaci, avšak nejsou ovladatelné vůlí dané osoby a působí nepříjemnosti jak osobě samotné, tak jejímu okolí.

Podobně jako u závislosti na alkoholu a návykových látkách hraje i v případě této závislosti značnou roli struktura osobnosti.

3. 1. 1. Definice patologického hráčství

Definice patologického hráčství podle Světové zdravotnické organizace (MKN-10):

1. Během období nejméně jednoho roku se vyskytnou dvě nebo více epizod hráčství.
2. Tyto epizody nejsou pro jedince výnosné, ale opakují se přesto, že vyvolávají tíseň a narušují každodenní život.
3. Jedinec popisuje silné puzení ke hře, které lze těžko ovládnout, a hovoří o tom, že není schopen silou vůle hře odolat.
4. Jedinec je zaujat myšlenkami a představami hraní a okolností, které tuto činnost doprovázejí.

Patologické hráčství je nutné odlišit od nadměrného hráčství u manických pacientů, či hráčství u sociopatických osobností.

V porovnání s definicí MKN-10 uvádím opět definici dle Americké psychiatrické asociace (DSM-IV), která popisuje patologické hráčství jako:

a) Trvajícím a opakujícím se nepřizpůsobivým chováním ve vztahu k hazardní hře, jako ukazuje min. 5 z následujících znaků:

1. Zaměstnává se hazardní hrou.
2. Aby docílil žádoucího vzrušení, musí zvyšovat množství peněz vkládaných do hazardní hry.
3. Opakovaně a neúspěšně se pokoušel hazardní hru ovládat, redukovat nebo s ní přestat.
4. Když se pokouší snížit hazardní hru nebo s ní přestává, cítí neklid a podrážděnost.

5. Používá hazardní hru jako prostředek uniknout problémům, nebo mírnit dysforickou náladu.
 6. Po ztrátě peněz při hazardní hře se následujícího dne k hazardní hře vrací, aby je vyhrál nazpět.
 7. Lže příbuzným, terapeutovi nebo jiným lidem, aby tak zakryl rozsah svého zaujetí hazardní hrou.
 8. Dopustil se ilegálních činů jako padělání, podvodů, krádeží nebo zpronevěry kvůli hazardní hře.
 9. ohrozil nebo ztratil kvůli hazardní hře signifikantní vztahy, zaměstnání, vzdělání nebo kariéru.
 10. spoléhá na druhé, aby mu poskytovali finanční prostředky a mírnili tak zoufalou finanční situaci, do které se dostal kvůli hazardní hře.
- b) Hazardní hraní nelze lépe vysvětlit manickou epizodou.

Existují jisté predispoziční faktory, které mohou přispívat ke vzniku patologického hráčství. Dle Smolíka (in Vágnerová, 1997, str. 44) jsou to především:

- *Stresová situace*, která zvyšuje riziko únikové aktivity (v tomto případě hraní).
- Nabídka hry jako *spouštěcí podnět*, např. ve formě hracích automatů, hráčské party apod. Takovým způsobem může fungovat i sociální učení (znalost hráčů, kteří byli v jeho rodině apod.).
- *Osobnostní vlastnosti*, které představují jakousi obecnou predispozici k hráčství: extroverze, menší zábrany, narcistické rysy, nedostatek spolehlivého vztahu, nedostatek empatie a nedůvěra.

3. 1. 2. Stadia vzniku závislosti

Vznik závislosti u patologického hráčství má několik stádií. Marhnounová a Nešpor uvádí tyto stadia (Marhnounová, Nešpor, 1995, str. 96):

1. Fáze výher

Nejprve se objevuje občasná hra. Jediněc častěji vyhrává, pociťuje vzrušení před hrou a během ní. Stále zvyšuje sázky a hraje stále častěji, má fantazie o velké výhře. Je neodůvodněně optimistický, začíná hrát osaměle, chvástá se hrou.

2. Fáze prohrávání

Osoba myslí hlavně na hraní, v dlouhém období prohrávání nedokáže přestat s hrou. Dochází k legálnímu půjčování peněz, skrývání hry a lhaní, bezohlednosti vůči rodině, nepřítomnosti v práci, odkládání splátek, změnám osobnosti (podrážděnost, neklid, uzavřenost). Později se mění rodinný život, člověk si bere velké půjčky legální i nelegální, přitom je neschopný splácet dluhy, zanedbává své zdraví.

3. Fáze zoufalství

V této fázi přichází podmíněné tresty, poškození pověsti, odcizení od rodiny a přátel. Podstatně více času tráví jedinec hrou, více prohrává, obviňuje druhé, má výčitky svědomí, páchá trestné činy. Provází ho pocity beznaděje, myšlenky na sebevraždu nebo sebevražedné pokusy. Jeho rodinný život je již velmi špatný, dochází k rozvodu. Člověk se utápí v alkoholu, hroutí se celý jeho systém.

Hráči nejde jen o rychlé zbohatnutí, jelikož hraje i v případě, že stále prohrává. Jde mu také o prožitek ze hry. Potřebuje ale vyhrávat proto, aby zaplatil dluhy, které má. Gamblarství je individuální aktivita, člověk hraje vždy o samotě, o spoluhráče nestojí. Závislost se začíná objevovat tehdy, když dokáže myslet pouze na hru, pociťuje neovladatelné puzení ke hře.

3. 1. 3. Důsledky patologického hráčství

Rizika patologického hráčství jsou také velká. Přestože se neodráží na somatickém zdraví jedince v takové míře, jako návykové látky, důsledky hraní vidíme v mnoha oblastech. Většinou jím netrpí jen osoba sama, ale i celá její rodina. Patologické hráčství patří k poruchám s největším rizikem sebevraždy. K dalším rizikům patří také velké dluhy, zanedbávání práce a povinností, krádeže a další nelegální způsoby získávání peněz, sociální izolace. U patologických hráčů je větší riziko rozvoje závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách. Problémy nastupují také v sociální oblasti. Podobně jako u závislosti na alkoholu či drogách člověk ztrácí motivaci a sílu chodit do zaměstnání, přerušuje svá stávající přátelství a mezilidské vztahy vůbec jsou na velmi špatné úrovni.

Prognóza patologického hráčství, pokud je náležitě léčeno a nepojí se s disociální poruchou osobnosti, je poměrně příznivá. U osobností disociálních je to však naopak. Nutná je odborná pomoc a péče, nikdy nelze spoléhat na to, že se z hraní dostane jedinec sám, nutkání ke hře bude vždy silnější. Jediným východiskem je úplná, celoživotní abstinence.

3. 1. 4. Patogeneze gamblingu

Iniciativou toho, že někdo začne hrát více, než si může ve své finanční situaci dovolit, je snadný přístup ke hře a představa lehce vydělaných peněz. Nejčastějšími profesemi hráčů jsou číšník, kuchař či špičkový týmový sportovec, který vášnivě miluje hru.

Podobně jako u látkové závislosti existují také různé teorie vzniku závislosti (Kalina, 2008, str. 240):

Psychologické teorie poukazují na vnitřní prázdnotu lidí, kteří mají potřebu nějakého vnějšího silného rizikového děje, které přináší slast a pocit dotyku s vlastní existencí.

Neurofyzilogické teorie odkazují na zvýšené množství dopaminu a adrenalinu, které jsou základem k vytvoření závislosti.

Sociologické teorie poukazují na výkon poměřovaný penězi a konzumem, které se mění v kompulzivní chování.

V praxi se často setkáváme s faktem vícenásobné závislosti, např. závislosti na alkoholu a jiných látkách nebo alkoholu a hráčství. Jeden typ závislosti podporuje druhý.

4. Shrnutí a komparace jednotlivých typů závislostí

Přestože má závislost na alkoholu, psychoaktivních látkách i hracích automatech společné rysy, mohli jsme sledovat, že v některých oblastech se jednotlivé typy závislostí liší.

Závislost obecně je tedy stav, při kterém jedinec potřebuje ke svému životu určitou látku či věc, kterou je zvyklý dlouhodobě užívat, přináší mu uspokojení a často nedokáže myslet na nic jiného, než na ni.

Závislost na alkoholu a na drogách patří dle MKN-10 do stejné kategorie. Předmětem závislosti je zde látka, vyvolávající v těle určité chemické změny, způsobující euforii a stav blaženosti. Gambling je naproti tomu závislost, vznikající nikoli na látce, avšak na jistém objektu, tedy hracím automatu. Přestože při hraní nedochází k somatickým změnám, jistou euforii a blaženost hráčství také přináší.

Na vzniku závislosti má velký podíl již rané dětství, výchovné prostředí a rodina, v níž dítě vyrůstá. Problémem může být zanedbávající výchova, nedostatek času na dítě a nezáměr o jeho potřeby, proti tomu ale také výchova hyperprotektivní.

Dalším důležitým obdobím je dospívání. Dospívající hledá svoji identitu, prožívá různé pocity, chce se někam zařadit. Drogy zde hrají svoji úlohu. Užívání drog může slibovat

řešení obtíží, nové zážitky. Řada uživatelů přijde s návykovými látkami do kontaktu již v období dospívání či adolescence.

Jednotlivé typy závislosti bývají většinou věkově odlišné. Zatímco mladí lidé a adolescenti většinou experimentují s psychoaktivními látkami, lidé starší, nacházející se v období střední a starší dospělosti, konzumují spíše alkohol. Hráčství se v období dospívání zvyšuje s věkem (Nešpor, 2011, str. 118). Gamblerem se však člověk stává v různých vývojových obdobích.

Alkohol je v našich zemích nejčastěji užívanou psychoaktivní látkou. Je to droga společenská, lidé nejčastěji konzumují alkohol ve skupině. Přestože má alkohol mnoho negativních důsledků na osobnost člověka, je to látka legální a společensky podporovaná. Závislost na alkoholu se rozvíjí poměrně dlouhou dobu. Člověk může pít i několik let, než se stane opravdu závislým. Závislost vzniká jako následek dlouhodobého, pravidelného nadužívání alkoholu.

Naproti tomu závislost na drogách vzniká poměrně rychle, v řádu několika dnů či měsíců. Droga je látka, jež vyvolává žádoucí pocity. K jejímu plnému účinku je však třeba stále větší a častější dávky, protože organismus vůči ní získává stále větší toleranci. Čím delší je užívání, tím více se mění různé psychické i fyziologické vlastnosti. Postupně dochází k narušení schopnosti autoregulace. Člověk není schopen přestat. Užívání psychoaktivních látek nemá takovou tradici, jako užívání alkoholu. Zvláště staršími generacemi je více odsuzováno. Psychoaktivní látky jsou různé, s různými účinky od stimulačních po tlumivé. Mladí lidé často začínají s užíváním kanabinoidů, k tzv. těžkým drogám se dostávají později. Psychoaktivní látky dělíme dle několika hledisek a pro člověka představují různě velké riziko. Mezi nejnebezpečnější patří závislost na organických rozpouštědlech a opioidech ale každý člověk reaguje individuálně a pro každého představuje jakákoliv látka individuální nebezpečí.

Gambling je pojem, který označuje patologické hráčství. MKN-10 řadí gambling mezi návykové a impulzivní poruchy. V České republice se gambling začal rozvíjet od roku 1989. Novou oblastí gamblingu, která se rozvíjí v posledních letech, je hraní a sázení na internetu. Gambling je tedy ve společnosti nejméně zakořeněn. Přestože člověk při hraní neužívá žádnou návykovou látku, která by působila na jeho organismus, přináší také velmi nepříznivé důsledky. Závislý jedinec páchá trestné činy, dělá velké finanční dluhy. Hráčství se velmi

často pojí také s dalšími závislostmi na látkách. Prognóza patologického hráčství je poměrně příznivá, avšak podmínkou je jako u ostatních druhů závislosti doživotní abstinence.

Rizikem vzniku závislosti jsou zatížena obě pohlaví. Jak již bylo řečeno výše, ženy v daleko větší míře trpí závislosti na lécích ze skupiny sedativ, hypnotik a anxiolytik. K užívání drog bývají zdrženlivější, bývají za ně také více odsuzovány. Muži užívají více drogy nelegální. Patologické hráčství v současnosti převládá u mužů (Nešpor, 2011, str. 118).

Vlivem užívání návykových látek dochází k různým tělesným chorobám, nedotčena nezůstává ani psychická stránka osobnosti. Dlouhodobé užívání vede nejen u predisponovaných jedinců k duševním onemocněním. Vzhledem k typům závislosti je zřejmé somatické riziko jednotlivých druhů závislostí. Toxikoman je více ohrožen nákazou hepatitidy či viru HIV. Alkohol je pro zdravotní stav člověka mnohdy více devastující, nežli užívání drog, avšak i zde organismus člověka chátrá. Přestože se to může zdát méně pravděpodobné, i při závislosti na hazardní hře existují určitá somatická rizika, která souvisí většinou o nemoci zhoršované stresem, nevhodnými stravovacími návyky či socioekonomickou situací (Nešpor, 2011, str. 33).

Užívání drog provází často kriminální činy, které slouží k opatření prostředků na nákup psychoaktivní látky. Pod vlivem drogy jedná člověk neuváženě, nepromýšlí důsledky svých činů.

II. OSOBNOST

1. Pojem osobnosti

Téma závislosti se velmi úzce váže a prolíná s tématy jako jsou osobnost, její historie, organizace, struktura, vyzrálост osobnosti, ale také postoje, zájmy, potřeby, sociální prostředí a další (Pokorný a kol, 2002, str. 152). Jedním z nich je i téma životního stylu. Ten lze popsat různými způsoby. Většina těchto popisů zahrnuje vztah jedince k sobě samému, ke svému životu, sociálnímu prostředí, ke světu vůbec. Význam má i způsob, jímž jedinec vnímá a rozumí skutečnosti kolem sebe, jaké má vytvořené mechanismy přizpůsobování se a podobně. Pod pojmem životní styl se rozumí individuální souhrn postojů, hodnot a dovedností, který se odráží v činnosti člověka, jeho interpersonálních vztazích a komunikaci. Zahrnuje síť mezilidských vztahů, výživu, tělesný pohyb, organizaci času, zájmy apod. (Pokorný a kol, 2002, str. 152).

Osobnost člověka funguje jako integrovaný celek, který je individuálně typický a ve svých charakteristických rysech i relativně stabilní. (Vágnerová, 1997, str. 12). Návyková látka má však na lidskou osobnost svůj negativní vliv a nejen po dlouhodobém užívání dochází ke změnám ve struktuře osobnosti.

V některých případech se může u člověka rozvinout až porucha osobnosti, při níž dochází k dysharmonii osobnostních vlastností. Porucha osobnosti je trvalý stav, projevující se nepříznivými nebo nadměrně zvýrazněnými vlastnostmi osobnosti, odchylkami v oblasti citového prožívání, uvažování i chování, zejména ve vztahu k druhým lidem a společnosti. (Vágnerová, 1997, str. 13).

Poruchy osobnosti však nejsou ústředním tématem této práce, nebudu se jimi proto podrobněji zabývat. U člověka užívajícího návykové látky dochází taktéž ke změnám osobnosti. Tyto změny však nemají povahu poruchy osobnosti v rámci diagnózy v oblasti F60: Specifické poruchy osobnosti.

Situace však není zcela jednoznačná. Kalina (2008, str. 77) upozorňuje na to, že ne vždy se to dá takto striktně oddělit. Uvádí některé z výzkumů prevalence psychiatrické komorbidity. Tyto výzkumy udávají různou míru prevalence duševní poruchy a závislostního chování. Prevalence je prokázána například u psychotických poruch, úzkostných poruch, poruch příjmu potravy. Nejvíce uživatelů však udává komorbiditu s depresivní poruchou a poruchou osobnosti.

1. 1. Definice osobnosti

Pojem osobnost je velmi obsáhlý a jeho vymezení není úplně snadné. U jednotlivých autorů se setkáváme s různými definicemi tohoto pojmu:

„Osobnost lze zjednodušeně definovat jako komplexní a relativně stabilní systém, který funguje jako celek, skládá se ze vzájemně propojených somatických a psychických vlastností a projevuje se v reakcích na různé podněty a situace, resp. v interakci s nimi.“
(Vágnerová, 2010, str. 13)

„Osobnost je definována určitým množstvím strukturálních prvků, trvalých a definitivně dotvořených po ukončení krize dospívání. Ať jde o nemocný nebo zdravý subjekt, jeho hloubková struktura se nikdy nemění.“ (Bergeret, 1995, s. 7)

„Osobnost je dynamická organizace psychofyzických systémů uvnitř individua, která determinuje jeho jedinečné přizpůsobení se prostředí.“ (Allport, 1961, in Blatný a kol, 2010, str. 12)

„Osobnost jsou ty charakteristiky člověka, které jsou podkladem konzistentních vzorců chování, přičemž těmito charakteristikami se rozumí myšlenky, city a pozorovatelné chování.“ (Pervin, 1996, in in Blatný a kol, 2010, str. 12).

„Osobnost je všechno to, čím člověk je, jakým se od narození stal, a to jak na základě zděděného genetického vývojového „plánu“, tak i v důsledku vlivu prostředí, zvláště pak výchovy“ (Poněšický, 2004, str. 9).

Každý člověk, každé dítě, přijímá a zpracovává podobné výchovné vlivy a vjemy rozdílně, přestože je vychováváno ve stejné rodině. Je tomu tak právě proto, že žádní dva lidé nejsou stejní, každému je do vínku dána určitá povaha, určitý typ temperamentu, vloh, inteligence. Sourozenci si například na rodiče uchovávají jiné vzpomínky, přestože rodiče tvrdí, že vychovávali a milovali své děti stejně. Prvé zážitky a zkušenosti jsou směrodatné také pro způsob zpracování a vnímání zážitků následujících.

Osobnost je tedy souhrn vjemů, resp. jejich individuálních významů, získaných během dosavadního života (Poněšický, 2004, str. 9).

Do osobnosti patří soubor všeho zažitého a prožitého, byť zatlačeného do nevědomí, ale také i neprožitá přání i obavy, sny a fantazie, náš vnitřní život. Dokonce i to, co jsme si nemohli odžít, v nás přetrvává jako neuskutečněné přání, určuje naše chování.

První zkušeností dítěte je tělesný kontakt s matkou. Odtud pramení zkušenosti a pocity v mezilidském vztahu, spoléhání se na druhé, pocity jistoty či opuštěnosti. V průběhu vývoje dítě získává zkušenosti s matkou a dále i s ostatními lidmi, získává určité návyky a návody, jak ve světě jednat a uplatnit se. Již zde se vyvíjí určité zárodky patologické sféry osobnosti.

Výchova představuje rozhodující formativní vliv na to, co bychom mohli označit jako obsah osobnosti. V pojetí výchovy se tedy sjednocují i představy o tom, co rodiče z dítěte chtějí mít a praktiky, jimiž toho chtějí dosáhnout. V průběhu výchovy dítěte se objevují jisté protektivní a rizikové faktory, jež ovlivňují jeho další život. Například události jako rozvod, nezáměr rodičů, ponižování a nadávání či naopak přetěžování a přehnané ambice jsou obecně hodnoceny jako rizikový faktor pro další vývoj a rozvoj osobnosti dítěte. (Smékal, Macek, 2002, str. 20).

1. 2. Osobnostní rysy

Osobnostní rysy jsou zobecňující charakteristiky, které umožňují vyjádřit specifičnost osobnosti jedince, a tím i jeho rozdílnost od ostatních lidí. Osobnostní rysy tvoří hierarchickou strukturu, jejíž uspořádání je založeno na rozdílné míře obecnosti jednotlivých dimenzí. Na nejvyšší úrovni jsou široce pojaté rysy (např. extroverze), které zahrnují různé dílčí vlastnosti (např. sociabilita) (Vágnerová, 2010, str. 84).

Osobnostní rysy lze chápat jak předpoklady k určitému způsobu reagování, které ovlivňují prožívání, uvažování i chování. Vyplývá z nich tendence k určitému reagování. Jsou to relativně stabilní charakteristiky, projevují se podobně za různých okolností a nemění se zásadně ani v průběhu času. Ovlivňují volbu řešení jednotlivých situací.

Osobnostní rysy jsou obvykle vymezeny v bipolárních dimenzích. Jednotlivé vlastnosti jsou v populaci distribuovány způsobem, který odpovídá normálnímu rozložení.

Základní osobnostní rysy jsou vzájemně relativně nezávislé charakteristiky, jejichž soubor vytváří pro daného jedince typický osobnostní profil. Tyto rysy se mohou vzájemně ovlivňovat. Stabilní osobnostní rysy ovlivňují rozvoj proměnlivých aspektů osobnosti,

např. postojů, hodnot, ambicí, charakter mezilidských vztahů.

Osobnostní vlastnosti se projevují konkrétním chováním, které je modifikováno konkrétní situací.

Základními osobnostními dimenzemi jsou:

- Extroverze – introverze: určuje především otevřenost postoje jedince ke světu, míru aktivity sklon k emočnímu ladění.
- Labilita – stabilita: určuje obecnou reaktivitu, míru osobnostní vyrovnanosti a dispozici k negativním emočním prožitkům.

Schopnost hodnotit své osobnostní rysy narůstá s věkem. Dítě do 10 let není schopno introspekce a stejně tak osobnostní rysy jsou v dětství nejméně stabilní. V průběhu dospívání se osobnostní struktura pomalu stabilizuje, v dospělosti se sebepojetí a celková osobnost dotváří do definitivní podoby.

Osobnostní rysy předurčují, jak budou lidé různé situace prožívat, jak budou uvažovat a jak se budou chovat. Osobnostní faktory ovlivňují i celý proces uvědomování a zvládání stresu, celkovou schopnost odolávat zátěži a zvládat ji. Lidé s nedostatečnými copingovými strategiemi často volí nekonstruktivní řešení své situace a uchylují se k užití návykové látky, která jim alespoň dočasně přináší úlevu od stresových situací.

2. Sebepojetí a sebehodnocení

2. 1. Sebepojetí

Sebepojetí je jedním z faktorů, určujících vznik závislosti. Pojmem sebepojetí v psychologii označujeme souhrn představ a hodnotících soudů, které člověk o sobě chová. Je v něm vyjádřen i vztah k sobě, charakterizovaný emocionálními prožitky já, který se realizuje v rámci základní dimenze hodnocení, tedy pozitivy a negativy. Podobně jako například postoj má i sebepojetí složku kognitivní, konativní a afektivní.

2. 2. Sebehodnocení

Za mentální reprezentaci emočního vztahu k sobě považujeme sebehodnocení, neboli představu sebe samého, z hlediska vlastní hodnoty a kompetence. Můžeme se také setkat s pojmy rysové sebehodnocení, jež označuje jakési stálé, přetrvávající hodnocení své osoby, jako protiklad k sebehodnocení stavovému, které je situačně proměnlivé.

Někteří autoři pojmy sebepojetí a sebehodnocení odlišují, sebehodnocení považují pouze za jednu ze složek sebepojetí, jiní je považují za synonyma (Blatný a kol, 2010, str. 125). Sebepojetí však na rozdíl od sebehodnocení vedle hodnotící složky obsahuje i znalosti pouze deskriptivního charakteru.

Sebepojetí je produktem sociálního učení v procesu interakce člověka s okolním světem. Sebehodnocení je vnímáno jako výsledek sociálního srovnávání a také sebesuzodování na základě pozorování vlastních činností. Pro výsledný vztah k sobě jsou důležité zejména reakce okolí, významných druhých.

Základy sebehodnocení jsou položeny již v útlém dětství a jsou utvářeny rodiči. V průběhu vývoje se zdroje sebehodnocení přesunují z rodičů na vrstevníky, význam rodičovské podpory je však stále důležitý. Změna nastává až v období dospělosti, kdy člověk přichází do zaměstnání a zakládá novou rodinu. Nyní je pro člověka důležitý názor především jeho spolupracovníků, rodiny a nejbližších přátel.

Nejprve jsou tedy zdroje hodnocení vnější. Během dospívání však dochází k jejich zvnitřnění, stávají se trvalou součástí sebepojetí.

Dle Higginse (in Blatný a kol, 2010, str. 127) existují dvě důležité oblasti, ideální já, jež obsahuje atributy, které by člověk v ideálním případě chtěl mít a požadované já, obsahující atributy, které se člověk domnívá, že by mít měl. Diskrepance mezi těmito dvěma oblastmi může být spojena s negativními pocity a zároveň i se závislostním chováním.

Skutečné já poté označuje představu, jakou má jedinec o svých aktuálních vlastnostech a charakteristikách.

Individuální rozdíly v sebehodnocení ovlivňují chování v nejrůznějších oblastech, jakou jsou například konformita, soutěžení, jsou spojovány s pocity spokojenosti a duševního zdraví jedince. Negativní vliv na osobnost má nízké sebehodnocení, avšak i velmi vysoké sebehodnocení není ideální. Takoví lidé mají na sebe přemrštěné požadavky, vedoucí k selhání. Neméně důležité je také to, zda je sebehodnocení stabilní.

3. Temperament

Každý člověk je vybaven vrozenými předpoklady reagovat určitým, individuálně typickým způsobem, který je stabilní a předvídatelný (Vágnerová, 2012, str. 64).

Temperament představuje psychobiologický základ osobnosti a projevuje se právě typickými vzorci chování.

Vágnerová uvádí novější členění temperamentových vlastností, které vychází z teorie osobnosti C. R. Cloninger (Vágnerová, 2010, str. 67).

- Novelty seeking – první temperamentová dimenze, která vyjadřuje tendenci k vyhledávání nových a silných zážitků. Souvisí s tendencí jednat aktivně a rychle, tito lidé mají sklon vyhledávat vzrušení za každou cenu.
- Harm avoidance – druhá dimenze se projevuje zvýšenou opatrností, nedůvěřivostí a tendencí vyhýbat se jakýmkoliv nepříjemnostem. Tito lidé bývají neprůbojní a plaší.
- Reward dependence – lidé spadající do třetí dimenze reagují intenzivněji na odměňující podněty, zejména kladnou sociální odezvu. Tito lidé chtějí být pozitivně hodnoceni, snaží se dělat to, co je považováno za žádoucí.
- Persistence – čtvrtá a poslední dimenze se vyznačuje mírou vytrvalosti a stability, kdy je člověk schopný určitého směřování bez ohledu na případnou frustraci či další negativní pocity.

Z hlediska této teorie jsou rizikovými skupinami pro vznik závislosti zejména dimenze novelty seeking a reward dependence. Lidé užívající návykové látky či návykové způsoby chování touží po nových zážitcích, jednají vzrušivě a rychle, nepohlíží do budoucna, na případné následky. Stejně riziková mohou být i lidé, kteří potřebují kladnou sociální odezvu, pozitivní hodnocení. Pokud je poté takový člověk v kontaktu s osobami užívajícími návykové látky, lehko podlehne jejich tlaku a stává se sám uživatelem návykové látky. Rizikovou skupinou jsou i lidé, kteří nemají dostatečnou míru stability a vytrvalosti, mají slabou frustrační toleranci. Takoví lidé brzy ztrácejí původní nadšení a uchylují se k nekonstruktivním způsobům řešení své situace.

4. Osobnost toxikomana

Často je kladena otázka, zda existuje nějaké bazální uspořádání osobnosti, typické pro toxikomanický stav, tedy osobnost, jež by bylo možné definovat určitou stabilní strukturou. Jistě by bylo přáním mnohých laiků, aby byla jednou pro vždy definována

toxikomanická osobnost, která je konkrétním způsobem odlišná od ostatních. Situace je však mnohem složitější.

Nelze zcela přesně vymezit specifickou osobnost jako prediktor abúzu. Je obtížné prokázat kauzální řetězec, na jehož počátku stojí určitá osobnostní struktura a na konci abúzus návykové látky.

Chování osoby závislé na psychotropní látce souvisí mnohdy s nudou. Droga představuje prostředek úniku z této nudy. Jedinec se mnohdy cítí izolován, toxický prostředek považuje za oporu pro komunikaci a společnost.

Závislost alkoholová či jiná přináší sebou často pocity viny, bezmoci, závislý své okolí i sám sebe opakovaně zklamává, a přitom nemá dostatek vůle se závislosti zbavit. Chvilé beznaděje jsou pak střídány pocity, že o žádný problém nejde, že není co řešit. Lidé často touží dostat se z bludného kruhu závislosti a uvažují o sebevraždě jako jediném možném východisku. Ne jedna sebevražda člověka závislého na alkoholu vypadá jako nešťastná náhoda, ne jedna smrt předávkováním jinou drogou byla úmyslným krokem.

Gambleři prostřednictvím sebevraždy řeší často patovou situaci, do které se dostali svými dluhy a podvody (Vodáčková. 2002, str. 491).

III. DOSTUPNÉ VÝZKUMY V OBLASTI OSOBNOSTI ZÁVISLÝCH JEDINCŮ

Na téma osobnosti závislých již byla provedena řada výzkumných šetření. Pokusím se zde nastínit alespoň některé z nich.

1. Výzkumy v České republice

1. 1. Výzkumný ústav psychiatrický

Výzkumný ústav psychiatrický realizoval výzkum k poznání vlastností závislých osob. Uvedený výzkum zahrnoval mladé adolescentní muže. Pokud jde o otázku, kdy tázaní začali pravidelně (alespoň jednou týdně) užívat alkohol, odpovědělo 9 % dotázaných, že v 15 letech, 20 % dotázaných v 16 letech a 40 % dotázaných v 17 letech. Pravidelná konzumace a tedy i první stupeň ohrožení ze závislosti vzniká u poloviny naší mužské populace již v adolescenci.

Dále bylo zjišťováno, zda v dětství či dospívání nedošlo v rodinách dotazovaných k nějaké závažnější odchylce. Ukázalo se, že nekvalitní rodinné prostředí bylo u mužů evidovaných pro závislost na alkoholu častější, než u mužů ostatních.

Snížená známka z chování na základní škole je v mírném vztahu k silnému konzumu v dospělosti a je zřetelnou předzvěstí pozdější evidence pro závažnou závislost.

Z uvedeného vyplývá, že neúměrné požívání alkoholu se jako nadstavba váže na poruchy chování v dětském věku. Závěr studie poukázal na to, že nejčastěji se stávají závislými ti, kteří mají základní vzdělání, pracují v zaměstnání s minimálními požadavky na vzdělání.

Riziko závislosti je zvláště vysoké u těch mužů, kteří v dětství prošli ústavní výchovou, jevíly známky poruch chování, začali jako nezletilí s pravidelnou konzumací alkoholu. Mimořádně ohroženou skupinou jsou mladí muži, jejich otec je závislý na alkoholu. (Marhounová, 1995, Nešpor, str. 68).

1. 2. Výzkum V. Vojtíka a V. Břicháčka

V knize *Mládež ohrožená toxikomanií* popisují autoři Vojtík a Břicháček (1987) rozsáhlý výzkum, který realizovali během 80. let 20. století v PL Bohnice. Výzkum se týkal více než tisíce mladistvých pacientů, ve věku 15 – 20 let, u kterých se prokázalo zneužívání návykových látek. Paralelně s tím byla sledována kontrolní skupina osob nezneužívajících návykové látky. Autoři využívali jak údaje anamnestické, tak údaje z klinických vyšetření.

Mimo jiné zjistili, že u vysokého procenta osob se objevily známky poruch osobnosti. V nejvyšším počtu případů se u nich vyskytoval disharmonický vývoj osobnosti (35%) a sociálně maladaptivní poruchy (28%) a astenické poruchy (17%). Alarmující je, že pouze 1,7% osob bylo bez zřejmých poruch.

Soubor mladých toxikomanů se od běžné populace lišil těmito osobnostními charakteristikami:

- větší nezdrženlivost a nevázané chování v sociálních vztazích
- emoční vzrušivost, napětí a úzkost
- aspirační úroveň, sebedůvěra a vnitřní integrovanost v rámci systémovosti osobnosti byly nižší
- při vnímání a interpretování osobní situace byly zjištěny chybné struktury. Své životní podmínky hodnotili častěji jako stresogenní a reagovali na ně překotně, bez anticipace možných důsledků.

1. 3. Výzkum M. Svobody a Z. Habánové

Mojmír Svoboda a Zuzana Habánová (1981) zrealizovali výzkum mladistvých toxikomanů. Zjistili u nich rozdíly zvláště v hodnotovém systému, zvláštní typy interpersonálního chování, problémy se sebehodnocením, sebedůvěrou a sníženou odolnost vůči stresu a menší stupeň zodpovědnosti oproti běžné populaci (Kalina, 2008, str. 57)

1. 4. Výzkum P. Jeřábka

Petr Jeřábek uskutečnil (2008) výzkum u 90 hospitalizovaných pacientů, léčících se ze závislosti na návykových látkách. Hledá osobnostní rysy, disponující jedince k drogové závislosti. Předkládá hypotézu dynamické toxikomanické osobnosti, která se projevuje těmito osobnostními charakteristikami:

- nízká integrace sebepojetí, sebeúčinnosti a superega (problém s přijetím viny, hanby, touha po obdivu, paranoidní tendence)
- zvýšená interpersonální senzitivita a nízká frustrační tolerance
- vývojově nižší úroveň defenzivní organizace
- distorze kognitivně-percepčního zpracování reality, motivační distorze
- nižší schopnost integrace emocí vč. jejich prožívání (emoční labilita)

2. Zahraniční výzkumy

2.1. Cloningerova typologie

Cloninger tvrdí, že na základě biologicky daných osobnostních znaků je možné rozlišovat mezi dvěma typy alkoholismu. Jsou pro ně typické tyto charakteristiky:

- a) nízké vyhledávání nového, vysoké vyhýbání se ohrožení, vysoká závislost na odměně
- b) vysoké vyhledávání nového, nízké vyhýbání se ohrožení, nízká závislost na odměně

Tyto tři osobnostní dimenze reflektují individuální rozdíly v mozkových systémech, které modulují aktivaci, udržování a inhibici behaviorálních odpovědí na různé stimuly prostředí, vč. alkoholu.

2. 2. Craigova srovnávací studie

Craig (1979) srovnal 32 studií, které se zabývají výzkumem osob, užívající heroin a další návykové látky, v nichž bylo jako výzkumný prostředek užito MMPI. Craig udává, že většina uživatelů, účastníků se těchto studií, měla zvýšenu škálu Psychopatická odchylka (Pd) a poté škály deprese (D) a maskulinita (Ma) .

Například Johnson (1992) nachází zvýšené škály Pd a D u uživatelů kokainu, Brown a Fayek (1993) u uživatelů kokainu a alkoholu a Marsh (1988) u uživatelů opiátů. Walfish a kol. (1990) provedli svůj výzkum na vzorku adolescentů a jako jedinou uvádějí zvýšenou škálu Pd u uživatelů marihuany, kokainu i alkoholu.

Studie, srovnávající uživatele alkoholu a ostatních návykových látek, uvádí vyšší indikaci psychopatologie především u uživatelů kokainu, marihuany, a u kombinace alkoholu a kokainu. Alkoholici nejsou tolik paranoidní, antisociální, nemají tolik somatických problémů. Uživatelé drog mohou být více narcističtí. U polymorfních uživatelů (tj. uživatelů více drog) drog se objevují rozmanité ukazatele psychopatologických rysů. Bývají více paranoidní, antisociální, více trpí depresí.

Studie srovnávající uživatele drog a běžné jedince naznačují, že uživatelé drog skórují více ve škále Pa (paranoidita) a souvisejících charakteristikách, jako pocity hledání, nízká sociální konformita, více se u nich vyskytuje antisociální porucha osobnosti. Uživatelé drog skórují více také v oblasti související s neurotickými charakteristikami.

EMPIRICKÁ ČÁST

1. Motivace k výzkumu a formulace výzkumného problému

Již v úvodu byl zmíněn můj zájem o problematiku závislostního chování a osobnostních predispozic k užívání návykových látek. Také vzhledem k tomu, že i v mém okolí se objevuje mnoho lidí, kteří experimentují s různými návykovými látkami. Jejich motivace a osobnostní nastavení bývají různé, stejně jako prostředí, ze kterého pocházejí a hodnoty, které preferují. Začala jsem se tedy o tuto problematiku zajímat více, studovala odborné i neodborné publikace zabývající se tímto problémem. Po prostudování teoretického zázemí jsem o to více toužila zjistit, zda opravdu data, která uvádí odborná literatura jsou pravdivá. Rozhodla jsem se zpracovat své vlastní výzkumné šetření, ve kterém se zajímám především o to, zda dospějí k podobným výsledkům, které uvádí odborná literatura, případně zda se mi nepodaří dospět k novým výzkumným závěrům.

2. Výzkumné cíle a otázky

Jak již napovídá název diplomové práce, jejím cílem je popsat osobnostní rysy a vlastnosti jedinců závislých na alkoholu, na psychoaktivních látkách a patologických hráčů.

2. 1. Dílčí cíle

- Jaké jsou obecné osobnostní rysy uživatelů návykových látek? Existují nějaké společné osobnostní rysy, které by se mohly podílet na vzniku závislosti?
- Liší se struktura osobnosti a osobnostní rysy u jedinců užívajících alkohol, psychoaktivní látky a patologických hráčů?
- Jsou rozdíly v osobnostní struktuře mezi muži a ženami, užívajícími alkohol, psychoaktivní látky a patologicky hrajícími?

3. Použité metody

Pro svůj výzkum jsem zvolila dvě výzkumné metody. Metodu hlavní, kvantitativní a metodu doplňující, kvalitativní.

3. 1. Osobnostní dotazník MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)

MMPI-2 je širokospektrý test, sloužící ke zjišťování vlastností osobnosti a psychických poruch. Inventář obsahuje 567 otázek a celkem 123 škál.

Původní MMPI byl vyvinut v klinickém zařízení Minnesotské univerzity. Během jeho užívání se však začala objevovat kritika vůči některým položkám. Byla provedena nová standardizace a revize, test byl koncipován do dnešní podoby MMPI-2.

Hrubé skóry získané vyplněním dotazníku se převádějí pomocí počítače na T skóry. Rozložení hrubých skóre u většiny základních klinických škál vykazuje významnou asymetrii ve smyslu pravostranného zešikmení. Takové zešikmení je u měr psychopatologie očekáváno a je vhodnější, nežli ku příkladu normální distribuce. Míra zešikmení distribuce hrubých skóre a odpovídající rozložení T skóre se u jednotlivých škál liší, tentýž lineární T skór má tedy u různých škál různou procentilovou hodnotu. Nedostatečná procentilová shoda lineárních T skóre je psychometricky nežádoucí, ve verzi MMPI-2 je tato vlastnost odstraněna (Hathaway, McKinley, 2002).

České vydání MMPI-2 nepředstavuje na rozdíl od zahraničního revizi původní MMPI. Originální americký soubor MMPI-2 byl přeložen a byla sestavena výzkumná verze tak, aby to vyhovovalo českému jazykovému úzu. Tato výzkumná verze byla upravena odborníky a zpracována vydavatelstvím do verze končené. Český standardizační soubor se skládal z 650 mužů a žen.

Pro užití MMPI-2 je nutná schopnost introspekce respondenta, schopnost vyhovět požadavkům úkolu, pochopit obsah položek a adekvátně svou odpověď zaznamenat. Zdraví lidé potřebují k úplnému vyplnění MMPI-2 něco přes hodinu. Dle mých zkušeností v psychiatrické léčbě se však doba administrace spíše blíží až ke dvěma hodinám. Administrace testu je možná pomocí testového sešitu a záznamového listu. Česká verze umožňuje též realizovat vyšetření na počítači. Výpočet hrubých a vážených skóre, k-korekcí, indexů a tvorba profilů jsou zajišťovány pouze počítačem.

MMPI-2 obsahuje 10 základních standardních klinických škál a 4 základní validizační škály.

Tabulka č. 1 – Standardní klinické a validizační škály MMPI-2

Škála	Popis škály	Počet položek
? - Nemohu říci	Je mírou validity testu. Součet položek, které pacient nezodpověděl.	
L – Lži škála	Zjišťuje pokus o vyhnutí se upřímným odpovědím, tendence jevit se lépe.	15
F – F škála	Detekce neobvyklých a atypických	60

	odpovědí (bizarní pocity, podivné myšl.)	
K – K škála	Posuzuje míru defenzivity osoby.	30
Hs – Hypochondrie	Vágní a nespecifické stesky v oblasti tělesného fungování - neurotický zájem.	32
D – Deprese	Zjišťuje symptomatickou, spíše reaktivní depresi.	57
Hy – Konverzní hysterie	Položky odrážející somatické stesky a položky poukazující na socializovanost osoby. Projevy histriónských rysů.	60
Pd – Psychopatická odchylka	Posuzuje obecné sociální přizpůsobení a absenci příjemných prožitků. Odcizení sobě, sociálnímu okolí, nuda.	50
Mf – Maskulinita – femininita	Heterogenní škála zahrnující povolání, koníčky, aktivitu, estetické preference.	56 (M), 56 (F)
Pa – Paranoia	Odhaluje interpersonální senzitivitu, mravní pokrytectví, podezřavost. Psychotický obsah některých položek.	40
Pt – Psychastenie	Neschopnost vzdorovat specifickým činnostem či myšlenkám, obsedantně-kompulzivní reaktivita.	48
Sc – Schizofrenie	Bizarní myšlenky, podivné percepce, sociální odcizení, potíže s ovládáním, potíže ve vnímání identity, sexuální potíže.	78
Ma – Hypománie	Povznesená, nestabilní nálada, zvýšené psychomotorické tempo, myšlenkový trysk	46
Si – Sociální introverze	Zjišťuje dimenzi extroverze – introverze.	69

Dále obsahuje MMPI-2 tyto subškály:

- Harrisovy – Lingoessovy subškály – zaměřující se na podrobnější členění standardních škál uvedených výše.
- Si subškály – členění sociální introverze.
- Obsahové škály – zaměřující se na trsy položek zjišťující např. úzkost, strachy, antisociální chování, sebeúctu, problémy v rodině, bizarní psychické aktivity apod.

- Komponenty obsahových škál – zaměřující se na podrobnější členění obsahových škál
- Wiener – Harmonovy subškály odrážející intenzitu příznaků (výrazná x lehká)
- Škály psychopatologie osobnosti – položky zjišťující např. agresivitu, psychoticismus, nedostatečnou kontrolu atd.
- Generalizovaný emocionální distres – položky zaměřené na vysokoškolskou madjustaci, posraumatickou stresovou poruchu, distres v manželství.
- Poruchy regulace chování – tyto škály jsou z hlediska diplomové práce také významné. Jedná se např. o MacAndrewovu škálu alkoholismu, Škálu manifestního návykového chování či Škálu návykového potenciálu.
- Doplnkové škály – osobnostní charakteristiky. Např. úzkost, potlačení, dominance apod.

Kromě toho obsahuje MMPI-2 také tzv. kritické položky. Ty jsou považovány za indikátory patologie či speciální problémy, které pacient prožívá. Jedná se např. o akutní úzkostný stav, hrozící útok, suicidální myšlenky, situační stres způsobený alkoholismem atd.

Pro potřeby diplomové práce nebyly třeba všechny škály, které MMPI-2 nabízí. Kromě standardních validizačních a klinických škál uvedených výše byly do vyhodnocení zařazeny i nové validizační škály:

- F_b: obdoba F škály, zaměřující se na závěr testu
- VRIN: inkonzistence variabilních odpovědí
- TRIN : inkonzistence souhlasných odpovědí
- F_p: vzácnost – psychopatologie
- S: mimořádně pozitivní sebezprezentace, defenzivita klienta

Z dalších subškál bylo vybráno ještě několik, které jsou třeba z hlediska cílů diplomové práce:

- DEP: Škála deprese, posuzuje symptomatickou depresi, sebekritičnost osoby
- LSE: Nízká sebeúcta, negativní sebepojetí, malá sebedůvěra.
- FAM: Problémy v rodině, nesoulad, málo lásky, konfliktní atmosféra.
- PD₁: Rodinný nesoulad, nedostatek lásky, porozumění, podpory.
- MAC-R: MacAndrexova škála alkoholismu – revidovaná. Postihuje chování jako impulzivitu, vysokou úroveň energie, interpersonální povrchnost. Osoby jsou antisociální, užívají alkohol a další návykové látky.

- AAS: Škála manifestního návykového chování. Problémy s užíváním návykových látek. Asociální chování, impulzivita, problémy v rodině.
- APS: Škála návykového potenciálu. Zneužívání návykových látek.
- A: Úzkost. Problémy v myšlení, negativní emocionální ladění, dysforie, pesimismus, deviantní myšlenkové procesy. Situační úzkost a nepohoda.
- R: Potlačení. Odmítnutí zájmu o zdravotní symptomy, emocionalitu, násilí a aktivitu, radostné reakce. Potlačení a popření.

Interpretace protokolu MMPI-2 probíhá v několika krocích. Nejprve je posouzena přijatelnost protokolu. Posouzení postojů vyšetřované osoby se opírá o analýzu výsledků v jednotlivých standardních validizačních škálách a doplňujících validizačních škálách. Pro každou škálu je stanovena hraniční hodnota, která stanovuje nedostatečnou validitu protokolu. Průměry a směrodatné odchylky, stanovující normu a patologii jedince v dané škále či subškále, jsou stanoveny pro každou škálu jiným způsobem (většinou však bývá hraniční hodnota T skóru 60 – 70). To platí pro škály validizační, i pro škály klinické. Hraniční hodnoty lze tedy snadno dohledat v manuálu MMPI-2.

Následně jsou vyhodnocovány standardní klinické škály, obsahové škály a doplňkové škály a na základě jejich výsledků je stanoven profil vyšetřované osoby.

3. 2. Polostrukturovaný rozhovor

Dotazníky byly stručně doplněny rozhovory. Rozhovor byl zvolen spíše jako doplňující metoda, jejichž cílem bylo nahlédnout do motivace jedinců, vedoucí k užití návykové látky. Otázky jsem zaměřila právě na oblasti kontaktu a zkušenosti s návykovou látkou, na primární důvody a přínos patologického užívání látky. Zajímala jsem se také o životní události jedinců, které mohly přispět ke vzniku závislostního chování, vztahy s lidmi, rodinou. V závěru rozhovoru jsem se tázala, jakým způsobem jedinci sami sebe vidí a charakterizují, zda mají sklon k depresivnímu chování, labilitě, sebekritice.

Záměrem užití rozhovoru bylo přispět k lepšímu porozumění a hlubšímu proniknutí do výzkumného problému.

4. Výzkumné hypotézy

Na základě prostudování odborné literatury jsem stanovila tyto výzkumné hypotézy.

H₁: Existují rozdíly v osobnostní struktuře mezi uživateli alkoholu, psychoaktivních látek

a patologickými hráči ve výsledcích MMPI-2.

H₂: Existují rozdíly v osobnostních charakteristikách mezi muži a ženami, hospitalizovanými v PL Bohnice a užívajícími návykové látky (případně patologickými hráči) ve výsledcích MMPI-2.

H₃: Uživatelé návykových látek jsou zvýšeně depresivní, úzkostní, mají nízké sebepojetí a sebevědomí. Jsou si nejistí sami sebou, mají nízkou frustrační toleranci.

H₄: Většina uživatelů návykových látek vyrůstala v patologickém výchovném prostředí a prožívala rodinný nesoulad.

5. Statistické hypotézy

Na základě dosud provedených výzkumných šetření (viz výše, v oddílu III., teoretické části) jsem stanovila první statistickou hypotézu. Na základě prostudování manuálu MMPI-2 pak druhou statistickou hypotézu.

H₁: Uživatelé návykových látek mají nejvíce zvýšenu škálu Pd (Psychopatická odchylka) a škálu D (Deprese).

H₂: Osoby užívající návykové látky mají zvýšeny škály MAC (MacAndrewova škála alkoholismu), AAS (Škála manifestního návykového chování) a APS (Škála návykového potenciálu).

6. Charakteristika výzkumných podmínek a výzkumného souboru

Výzkum byl proveden v průběhu listopadu 2012 až února 2013. Sběr dat jsem prováděla v Psychiatrické léčebně v Praze Bohnicích. Z celkového počtu 36 pavilonů se jich problematice závislostí věnuje 5, z čehož jsou 3 pavilony zaměřeny na populaci mužskou a 2 pavilony na populaci ženskou. Do léčebny jsem docházela po dobu 4 měsíců a postupně jsem sbírala dotazníky a rozhovory na všech pavilonech, zabývajících se právě problematikou závislostního chování.

Administrace dotazníků probíhala ručním vyplněním, skupinovou formou, účast na výzkumu byla dobrovolná. Výzkumné podmínky byly pro všechny respondenty stejné, vyplňování dotazníků probíhalo vždy během dne, ve skupinové místnosti. Pacienty jsem vždy

stručně seznámila s charakteristikou výzkumu, požadavky na zpracování dotazníku a požádala je o spolupráci. Současně jsem jim podala informovaný souhlas, ve kterém svým podpisem stvrzuji účast na výzkumu a jsou informováni o účelu užití poskytnutých dat.

V případě polostrukturovaných rozhovorů jsem pro maximální přesnost podaných informací pořizovala audiozáznamy na diktafon. K těmto záznamům jsem měla přístup pouze já osobně. Pacienti byli vždy v úvodu seznámeni s pořizováním záznamu a ubezpečeni, že všechny sebrané informace jsou soukromé a anonymní. Ochrana osobních údajů a zabezpečení etických zásad výzkumu tedy byly samozřejmostí.

Podarilo se mi sebrat 77 dotazníků a 9 rozhovorů. Vyplňování dotazníku se účastnilo 34 mužů a 43 žen, rozhovory jsem provedla s pěti muži a čtyřmi ženami. Věkové rozložení bylo od 17 do 65 let. Pacienti se nacházejí v různém stádiu léčby. Hlavním kritériem pro účast ve výzkumu byla samozřejmě kromě hospitalizace v léčebně i ochota spolupráce a dobrovolnost, také vzhledem k náročnosti dotazníku a nepříliš vysoké motivovanosti pacientů. Žádné konkrétní požadavky na věk, vzdělání, či stadium léčby nebyly stanoveny. Podobným způsobem byly vybírány i osoby k rozhovorům. Důležitým aspektem bylo pouze to, abych získala rovnoměrný počet rozhovorů s jedinci léčícími se ze závislosti na psychoaktivních látkách, na alkoholu a také rozhovor s patologickým hráčem. Jediným kritériem pro rozhovor byla tedy forma závislosti a samozřejmě také ochota a motivace k rozhovoru.

V průběhu zpracování dat se však objevily některé problémy, které bylo nutné vzít v úvahu. Některé protokoly nebyly validní z hlediska validizačních škál. Celkem jich bylo 8. Tyto protokoly měly nadměrně zvýšený validizační škály F a Fb, nemohla jsem je tudíž do statistického zpracování zařadit. A poté jsem byla nucena vyřadit ještě tři další protokoly, ve kterých bylo příliš mnoho položek nevyplněno, což by opět ovlivnilo validitu protokolu. I tyto tři protokoly jsem tedy vyřadila. V důsledku těchto úprav zbylo ke statistickému zpracování pouze 66 protokolů.

Těchto 66 protokolů (muži = 26, ženy = 40) bylo zpracováno statistickým programem SPSS a z něj vzešly následující výsledky.

7. Popis a interpretace výsledků výzkumu

Výsledky, které vzešly z dotazníků a jejich statistického zpracování potvrdily některé hypotézy, jenž byly v počátku výzkumu stanoveny. Následující odstavce jsou věnovány popisu výsledků výzkumu dle jednotlivých hypotéz.

Na základě analýzy výsledků výzkumu byly stanoveny čtyři výzkumné skupiny.

- Jedinci užívající pouze *alkohol* .
- Jedinci užívající různé *psychoaktivní látky* (do této kategorie jsou zařazeni jedinci užívající heroin, pervitin, marihuanu, léky a kokain).
- Jedinci, u nichž se vyskytuje více závislostí najednou, tedy kategorie *kombinace závislostí*. Do této kategorie spadají i jedinci užívající některou návykovou látku v kombinaci s patologickým hráčstvím.
- Patologičtí hráči (gambling).

7. 1. Hypotéza první

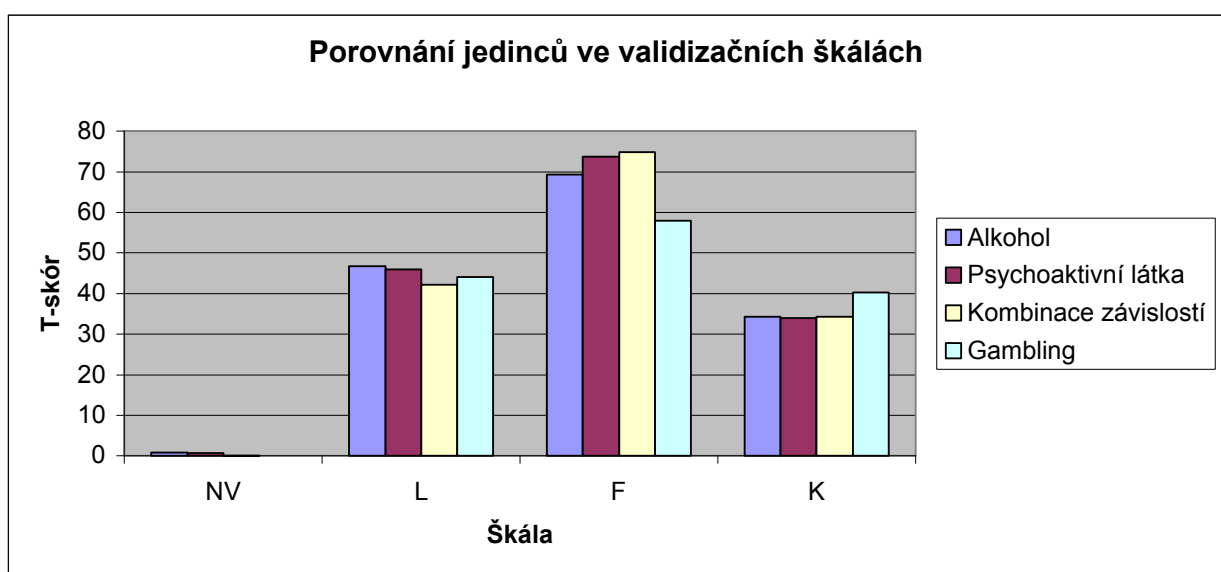
H₁: Existují rozdíly v osobnostní struktuře mezi uživateli alkoholu, psychoaktivních látek a patologickými hráči ve výsledcích MMPI-2.

Výsledky poukazují na to, že rozdíly mezi jednotlivými skupinami opravdu jsou. Ne však stejně ve všech charakteristikách.

7. 1. 1. Porovnání skupin jedinců ve validizačních škálách

Graf č. 1 ukazuje rozdíly v standardních validizačních škálách mezi jednotlivými skupinami uživatelů.

Graf č. 1: Porovnání skupin jedinců ve standardních validizačních škálách



Škála NV, tedy škála nemohu říci poukazuje pouze na to, kolik otázek nebylo respondenty zodpovězeno. Je tedy žádoucí, že nedosahuje téměř žádných hodnot.

Lži škála L odhaluje osoby, které se pokouší zkreslit své odpovědi a jevit se tak v lepším světle. Nesouhlas je zde neadekvátní odpovědí na všechny položky. Průměrná hodnota L škály je v tomto případě 45, 68, tzn., že v mezích normy. Odpovědi respondentů jsou tedy adekvátní a nelze tvrdit, že výsledky ovlivňují validitu protokolu.

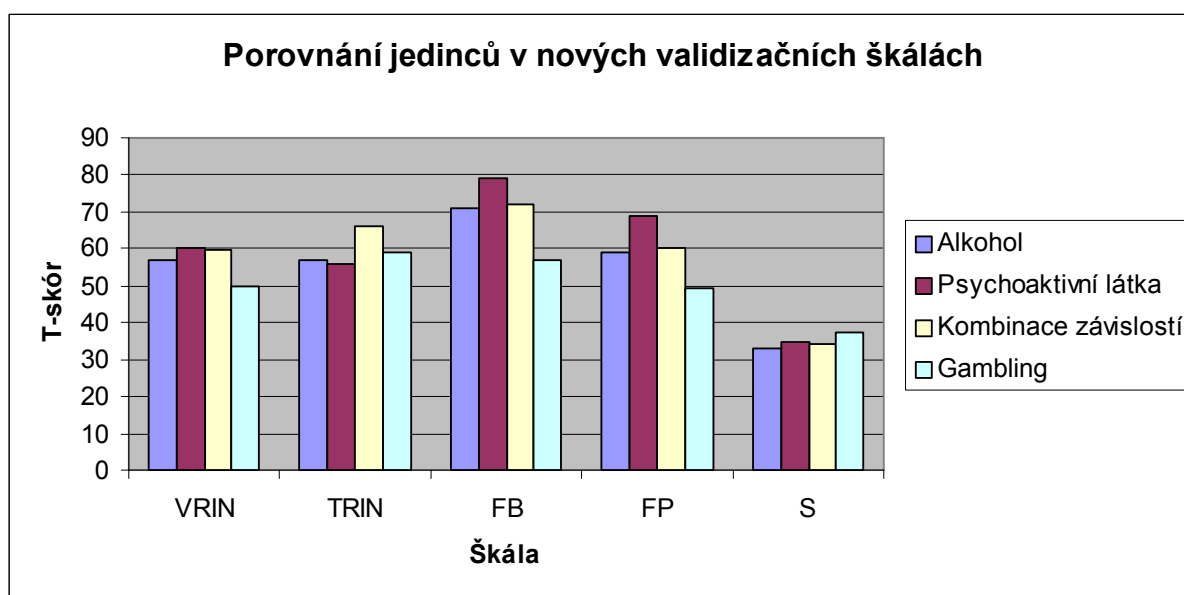
F škála se zaměřuje na neobvyklé a atypické odpovědi. Zahrnuje široké množství oblastí, bizarních pocitů, podivných myšlenek, zvláštních prožitků, pocitů izolace a odcizení apod. Některé protokoly, jež měly nepřípustně zvýšenu škálu F byly již před statistickým zpracováním vyřazeny právě kvůli validitě dotazníku. Průměrný T skór všech skupin pacientů je nyní 70, 95. Tato hodnota poukazuje na psychické problémy respondentů.

U hospitalizovaných pacientů jsou však takovéto hodnoty zcela obvyklé.

K škála umožňuje posoudit míru defenzivity zkoumané osoby. Identifikuje osoby se závažnou psychopatologií. Z poměrně nízkých T skóru v této škále, průměrná hodnota skóru je 34, 47, bychom mohli vyvozovat, že respondenti mají obecně tendenci jevit se v horším světle. Prožívají také závažný distres. Mohou mít slabší sebepojetí a slabé sociální dovednosti. Největšího skóru v této škále dosáhli patologičtí hráči. Průměrná hodnota je 40, 33. V porovnání s ostatními skupinami je to tedy o něco málo více, není to však statisticky významný rozdíl.

Dále je nutné přihlédnout ještě i k ostatním validizačním škálám.

Graf č. 2: Porovnání skupin jedinců v nových validizačních škálách



Škála VRIN reprezentuje nekonzistentní odpovědi. Průměrná hodnota T skóru je 57, 92, což spadá do normy. Protokoly jsou tedy z tohoto hlediska validní a všechny skupiny zde dosahují podobných hodnot. Jen skupina patologických hráčů je vzhledem k ostatním skupinám mírně snížena.

Škála TRIN posuzuje podobně jako škála VRIN nekonzistentní způsoby odpovědí na některé položky. Zde se ukazuje již první mírný problém a to v kategorii kombinace závislostí. T skór dosahuje hodnoty 66, 2, což by mohlo poukazovat na nekonzistentnost odpovědí. Všechny ostatní skupiny dosahují běžných hodnot. Mírné zvýšení škály v kategorii kombinace závislostí tedy může odkazovat na jednu z osobnostních charakteristik uživatelů návykových látek a to nízkou schopnost odmítat, odolávat, případně se vymezovat.

Škála Fb je analogická škále F, zaměřuje se však na položky obsažené ve druhé polovině testu. Osoby, jejichž skóry byly nadměrně zvýšené, byly opět vyřazeny již před statistickým zpracováním protokolů. Hodnoty, kterých dosahuje tato škála nyní, jsou tedy v normě.

Škála Fp je indikátorem málo frekventovaných odpovědí. I hodnoty této škály jsou v normě.

Poslední škála, S, se zaměřuje na mimořádně pozitivní sebereprezentaci osoby. Koreluje však také s K škálou a zaměřuje se tedy i na defenzivitu osoby. Stejně jako hodnota K škály je nízká (34, 47), tak i hodnota S škály se zastavuje na průměru 33, 86.

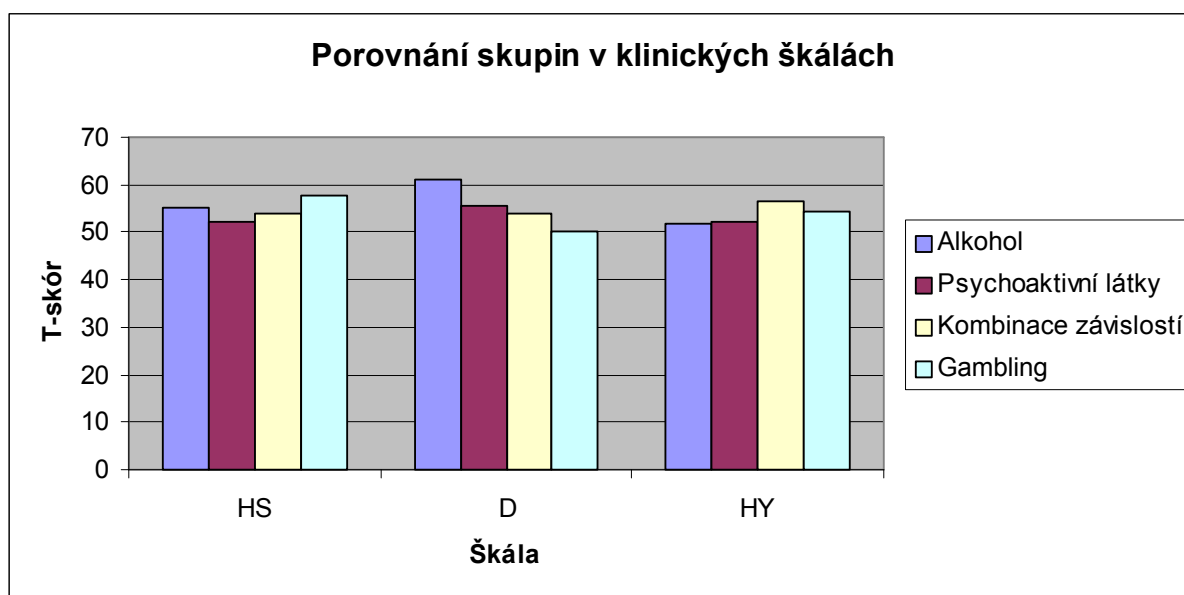
7. 1. 2. Konfigurace validizačních škál jako indikátor inadekvátních postojů k testu

Ve všech skupinách jsme mohli vidět tendenci, kdy škála L a škála K měly skór nižší, nežli 50 a F škála měla T skór nad hodnotu 65. Takovýto výsledek označují autoři MMPI-2 (Hathaway, McKinley, 2002, str. 29) jako „Tvar střechy“. Osoby, jež dosahují takovýchto skórů, připouští osobní a emocionální problémy, žádají o pomoc s jejich řešením a nejsou si jisti svými schopnostmi se s problémy vyrovnat.

7. 1. 3. Porovnání skupin jedinců ve standardních klinických škálách

Tato subkapitola se věnuje porovnání jedinců ve standardních klinických škálách, tedy tomu, co je středem zájmu této hypotézy a vlastně i celé diplomové práce. Vzhledem k větší přehlednosti jsou data rozdělena do několika grafů.

Graf č. 3: Porovnání skupin jedinců ve standardních klinických škálách



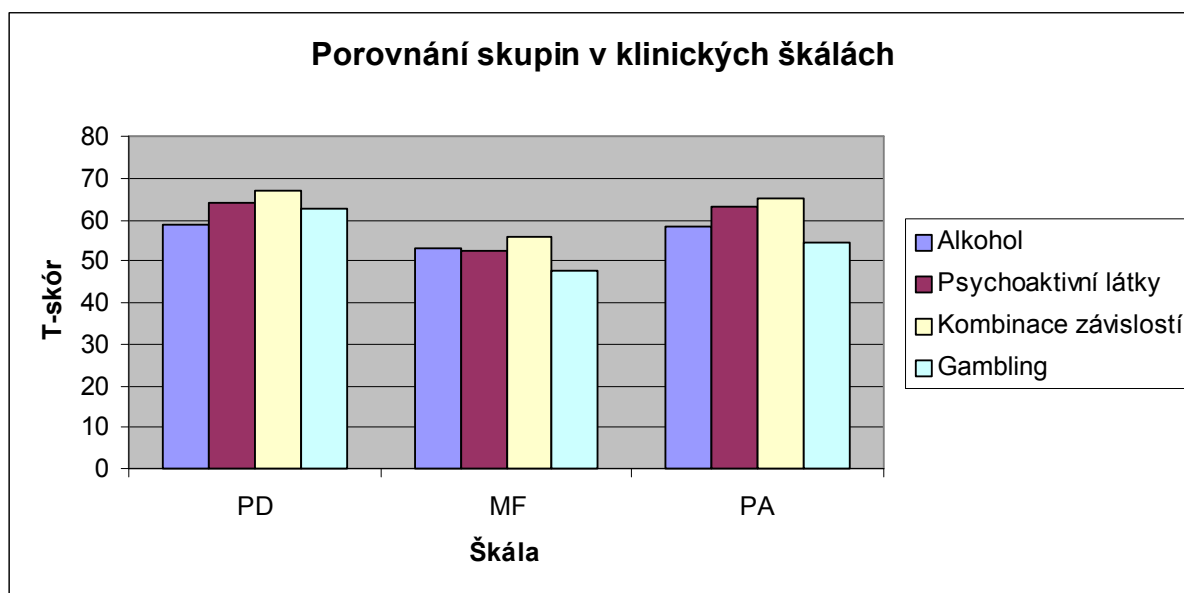
První standardní klinická škála se nazývá hypochondrie (Hs) a postihuje širokou paletu vágních stesků v oblasti tělesného fungování. Je určena k posuzování neurotického zájmu o tělesné funkce. Jak ukazuje graf, všechny skupiny dosáhly v této škále T skóru, nepřesahujícího hodnotu 60. Všechny sledované skupiny se tedy nachází v mezích normy, nelze u nich předpokládat zvýšený neurotický zájem o své tělesné funkce ani jakýkoli zvýšený zájem o své fungování.

Hodnoty škály deprese (D) se mezi skupinami mírně liší. Nejvyššího T skóru dosáhli uživatelé alkoholu, naopak nejnižšího patologičtí hráči. Tato škála zjišťuje symptomatickou depresi. Zaměřuje se na nedostatek zájmu, apatii, nedostatečnou víru v budoucnost, neuspokojení sebou samým. Přestože skupina uživatelů alkoholu dosáhla v této škále hodnoty T skóru 61, 24, není tato hodnota nikterak alarmující. Osoby s takovýmto mírným zvýšením bývají plaché, neuspokojené sebou samým, vlastní situaci a mívají obecný sklon k obavám. Ostatní skupiny uživatelů dosáhly v této škále normálních hodnot a nelze tedy z těchto výsledků usuzovat na zvýšenou depresivitu či úzkostnost zkoumaných osob.

Ani škála hysterie (Hy) neukazuje zvláštní výsledky. Jednotlivé skupiny dosahovaly většinou T skóru v rozmezí 51 až 56, přičemž nejvyšší hodnota byla naměřena u skupiny uživatelů s vícenásobnou závislostí. Škála hysterie obsahuje položky dvojího typu. Položky odrážející somatické stesky a položky ukazující, zda se klient považuje za dobře socializovaného. Tyto dvě skupiny položek jsou v těsném vztahu u osob, u nichž se projevují histriónské rysy. Pokud bychom chtěli popsat respondenty jako egocentrické, nezralé a

infantilní, musel by být skóre 65 a vyšší. Vzhledem k naměřeným hodnotám u všech skupin uživatelů lze konstatovat pouze to, že i tyto osoby mají typickou řadu postojů a chování, jež jsou ve vztahu k histriónské dynamice. Ani jedna skupina však nevykazuje odchýlení od normy.

Graf č. 4: Porovnání skupin jedinců ve standardních klinických škálách



Ani další tři standardní klinické škály neukazují statisticky významné rozdíly mezi skupinami.

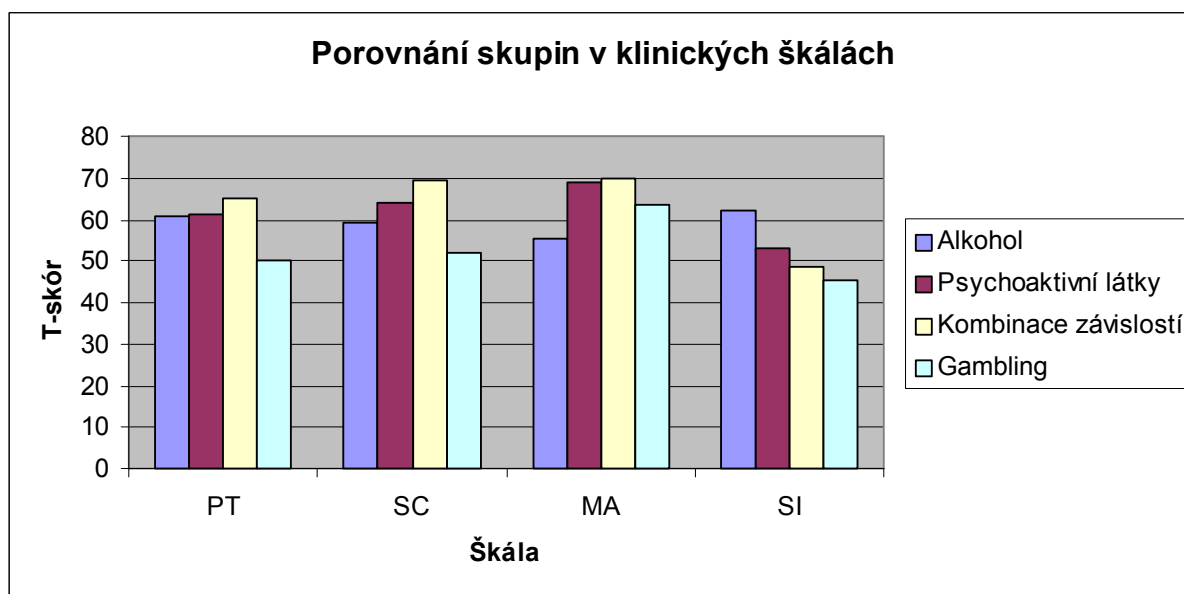
Škála Pd, Psychopatická odchylka, posuzuje obecné sociální přizpůsobení a absenci příjemných prožitků. Postihuje stížnosti na rodinu, na autority, odcizení sobě a sociálnímu okolí, nudu. Osoby s vysokými skóre jsou popisovány jako zlostné, impulzivní, emočně oploštělé a nepředvídatelné. Neberou ohledy na sociální normy. Zvýšení této škály koreluje s četností delikvence a kriminálního chování. Tomuto popisu se nejbližší jeví skupina kombinace závislostí. Osoby v této skupině dosáhly hodnoty skóre 66, 9, což už je za hranicí normy. Ale také osoby užívající různé psychoaktivní látky nejsou od hraniční hodnoty T skóre 65 daleko, dosahují T skóre 64. S mírným odstupem následuje skupina patologických hráčů a nejméně se tyto charakteristiky objevují u skupiny uživatelů alkoholu, jejichž skóre nabývá hodnoty 58, 85, což je normální hodnota, neprokazující patologii.

Škála maskulinita – femininita (Mf) je tvořena heterogenními položkami, zahrnujícími například zájmy a koníčky, estetické preference či aktivitu. Vysoké skóre vznikají tehdy, když osoba zaškrtnává položky jako osoba opačného pohlaví. Skóre všech skupin uživatelů

návykových látek se nachází v mezích normy, tzn. mezi hodnotou 47 až 56. Projevují tedy tradiční maskulinní a femininní zájmy.

Škála paranoia (Pa) odhaluje interpersonální senzitivitu, mravní pokrytectví a podezřavost. Osoby s vysokými skóry jsou popisovány jako podezřavé, hostilní, hádavé se sklonem obviňovat druhé. Takováto charakteristika se opět nejvíce projevuje u skupiny osob s vícenásobnou závislostí. Tyto osoby dosáhly skóru 65, což už je na hranici normy, stejně tak uživatelé psychoaktivních látek s hodnotou skóru 63, 05 nejsou od této hranice daleko. Uživatelé alkoholu a patologičtí hráči spadají do normálního rozpětí, neobjevuje se tedy u nich žádná paranoidní symptomatika.

Graf č. 5: Porovnání skupin jedinců ve standardních klinických škálách



Škála psychastenie (Pt) posuzuje neschopnost vzdorovat specifickým činnostem či myšlenkám, což je v současnosti diagnostikováno jako obsedantně kompulsivní porucha. Postihuje také abnormní strachy, sebekritičnost, potíže s koncentrací a pocity viny. Osoby s vysokými skóry, což je v tomto případě opět skupina kombinace závislostí, jsou obvykle popisovány jako anxiózní, tenzní, nerozhodné. Často trpí obsedantními myšlenkami, sebepochybnostmi. Stále v hranici normy, i když také s hodnotami skóru přes 60, se nachází další dvě skupiny, tedy uživatelé alkoholu a uživatelé psychoaktivních látek. Patologičtí hráči zde vychází nejlépe, výsledky ukazují, že tyto osoby zachází zpravidla s prací a osobní zodpovědností bez přehnaných obav a úzkostí.

Škála schizofrenie (Sc) postihuje rozmanité bizarní myšlenkové procesy, podivné percepcie, sociální odcizení, špatné rodinné vztahy či problémy s vlastními hodnotami. Na této škále opět vysoce skóruje skupina jedinců s vícenásobnou závislostí a to hodnotou T skóru 69, 3, což už je nad hranicí normy. Tyto osoby se jeví jako chladné, apatické, odcizené, s potížemi v myšlení a komunikaci. Cítí, že se jim něčeho podstatného nedostává. Cítí se izolováni a nespokojeni sami se sebou. Skupina uživatelů psychoaktivních látek dosáhla v této škále T skóru 64, 16, čímž dosahuje také mírného zvýšení. Takovéto osoby jsou charakterizovány jako nespokojené samy se sebou, dráždivé a nezralé. Uživatelé alkoholu myslí jinak, než ostatní, většinová populace. Mají sklon vyhýbat se realitě a utíkat do fantazie a denního snění. Skupina patologických hráčů v tomto ohledu vyšla opět nejlépe. S hodnotou T skóru se řadí mezi normální populaci.

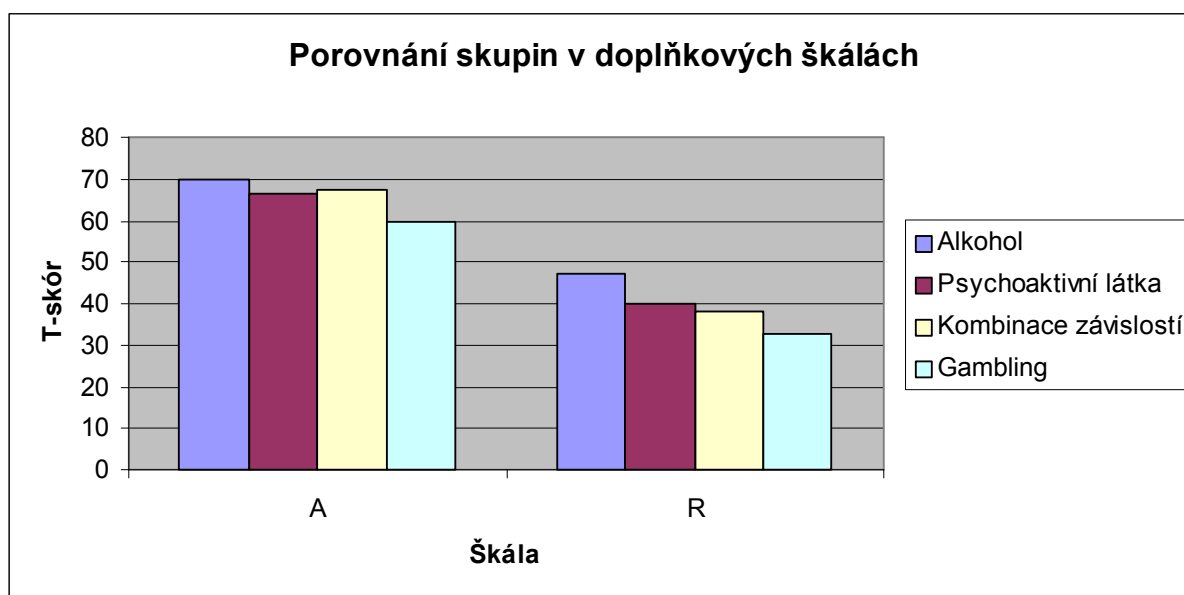
Předposlední škála hypomanie (Ma) pokrývá mírnější stupně manické excitace. Jsou to osoby s povznesenou, nestabilní náladou, myšlenkovým tryskem. Jsou popisovány jako impulzivní, soutěživé, narcistické, extravertované a povrchní. Do této skupiny osob bychom mohli zařadit tři ze čtyř sledovaných skupin. Uživatelé psychoaktivních látek (skór 68, 68), osoby kombinující více návykových látek (skór 69, 8) a také patologické hráče i když jejich skór (63, 67) je o něco nižší. Tyto osoby tedy mohou být spíše aktivní, otevřené a energické, se sklonem k agitovanosti a nespokojenosti. Uživatelé alkoholu zde skórovali nejméně, nachází se tedy v pásmu normy a vykazují běžnou úroveň aktivity. V případě této škály se již jedná o statisticky významný rozdíl mezi jednotlivými skupinami.

Poslední standardní klinickou škálou je sociální introverze (Si). Již z grafického znázornění jsou zřejmé statisticky významné rozdíly mezi jednotlivými skupinami uživatelů. Nejvyššího T skóru zde dosáhli uživatelé alkoholu a dají se tedy považovat v rámci čtyř sledovaných skupin za nejvíce introvertované. Takové osoby se cítí v nepohodě v sociálních vztazích, stahují se z nich, pokud je to možné. T skór 62, 35 je vyšší, nikoli však za hranicí normy. Uživatelé alkoholu jsou tedy spíše introvertního zaměření. Naopak patologičtí hráči dosáhli v této škále nejnižšího skóru (45, 33), dají se tedy považovat za nejvíce extravertované. Jsou sociabilní, participují v mnoha sociálních aktivitách. Také uživatelé psychoaktivních látek a vícenásobní uživatelé jsou spíše extrovertního zaměření.

7. 1. 4. Porovnání skupin jedinců ve doplňkových škálách

Na posledním místě uvádím ještě výsledné hodnoty v doplňkových škálách A a R.

Graf č. 6: Porovnání skupin jedinců v doplňkových škálách



Škála A, tedy Anxieta, reprezentuje problémy v myšlení, negativní emocionální ladění a dysforii, nedostatek energie a pesimismus, deviantní myšlenkové procesy. Vysoké skóre mají vztah k chování, ve kterém dominuje situační úzkost. Na grafickém znázornění můžeme vidět vysoké hodnoty T skóre u všech skupin. Jen skupina patologických hráčů nepřesahuje hranici hodnoty 65. Ostatní tři skupiny se nachází za hranicí normy. Jsou tedy charakterizovány jako úzkostné, s nedostatečnou důvěrou v sebe a své schopnosti. Cítí se v nepohodě, jsou nešťastné a pesimistické.

Škála potlačení, značená R, reprezentuje odmítnutí zájmu o tělesné symptomy, emocionalitu, násilí a aktivitu, sociální dominanci, zájem o osobní vzhled apod. Vysoké skóre jsou charakteristické pro popření. Skupiny respondentů v této škále však skórují nízko. Všechny skupiny kromě uživatelů alkoholu mají T skóre menší než 45. Jsou popisovány jako schopné diskutovat o svých problémech, vstřícné k druhým. Hodnota T skóre uživatelů alkoholu svědčí pro podobné vlastnosti.

7. 1. 5. Shrnutí výsledků

Výše popsané výsledky poukazují na některé rozdíly mezi čtyřmi stanovenými výzkumnými skupinami.

Uživatelé alkoholu dosahují nejvyšších hodnot T skóre ve škálách Deprese (61, 24), Sociální introverze (62, 35) a Psychastenie (60, 85). Doplňková škála Anxieta je u nich zvýšena nejvíce (69, 79). Tyto osoby jsou tedy obecně úzkostné, depresivní a pesimistické,

jsou nespokojené samy se sebou. Jsou sebekritičtí a mohou trpět obsedantními myšlenkami. Jedná se většinou o intervertované osoby. Tato tvrzení pozitivně korelují s informacemi uvedenými v teoretické části.

Uživatelé psychoaktivních látek skórují nejvýše ve škálách Hypomanie (68, 68), Schizofrenie (64, 16), Psychopatická odchylka (64) a Paranoia (63, 05). Doplnková škála Anxieta (69, 79) je u nich také zvýšena. Uživatelé psychoaktivních látek jsou tedy osoby s povznesenou, nestabilní náladou. Jsou často impulzivní, narcističtí, extravertovaní a povrchní. Cítí se sociálně odcizení, mají špatné rodinné vztahy, problémy s vlastními hodnotami. Jsou podezřaví, hostilní, hádají se sklonem obviňovat druhé, také impulzivní, emočně oploštělí a nepředvídatelní. Neberou ohledy na sociální normy, což se může projevit právě v užívání nelegálních návykových látek a shánění peněz na ně. Zvýšená škála Anxiety (66, 47) poukazuje na fakt, že i tyto osoby často pocítují úzkost, mají nízké sebevědomí a nedůvěru v sebe samé.

Skupina uživatelů kombinující více návykových látek, případně návykovou látku a hru, se jeví podobným způsobem. Nejvyšších hodnot dosahuje na škálách Hypomanie (69, 8), Schizofrenie (69, 3), Psychopatická odchylka (66, 9) a také na škále Anxieta (67, 5) jako i dvě předchozí skupiny. Avšak také škály Paranoia (65) a Psychastenie (65, 1) jsou zvýšeny nad hranici normy. Tyto osoby jsou tedy nevyrovnané, impulzivní, emočně oploštělé a nepředvídatelné. Jsou pokrytečtí, hostilní, hádají. Často si stěžují na rodinné problémy, jsou odcizení sobě a sociálnímu okolí, vykazují nudu a neberou ohledy na sociální hodnoty a normy. Pocítují anxiety, tenzi, jsou nerozhodní, také s nízkým sebepojetím.

Skupina patologických hráčů má mírně odlišnou symptomatiku. Na rozdíl od předchozích dvou skupin neskórují tak vysoko v tolika škálách. Nejvyšší T skór se objevuje u škály Hypomanie (63, 67) a Psychopatická odchylka (62, 67). Všechny další škály jsou zcela v hranicích normy. Překvapivé může být i to, že jako u jediné skupiny zde není vůbec zvýšena škála Anxiety, která nedosahuje ani hodnoty 60. Oproti ostatním skupinám tedy gambleři nejsou tak v tenzi, nemají příliš snížené sebevědomí a sebepojetí. Jsou to osoby extravertované, impulzivní, objevuje se u nich myšlenkový trysk, jsou sociabilní a podnikaví. Stejně jako předchozí skupiny však mohou vykazovat rodinné problémy i odcizení sociálnímu okolí, odpor k sociálním normám.

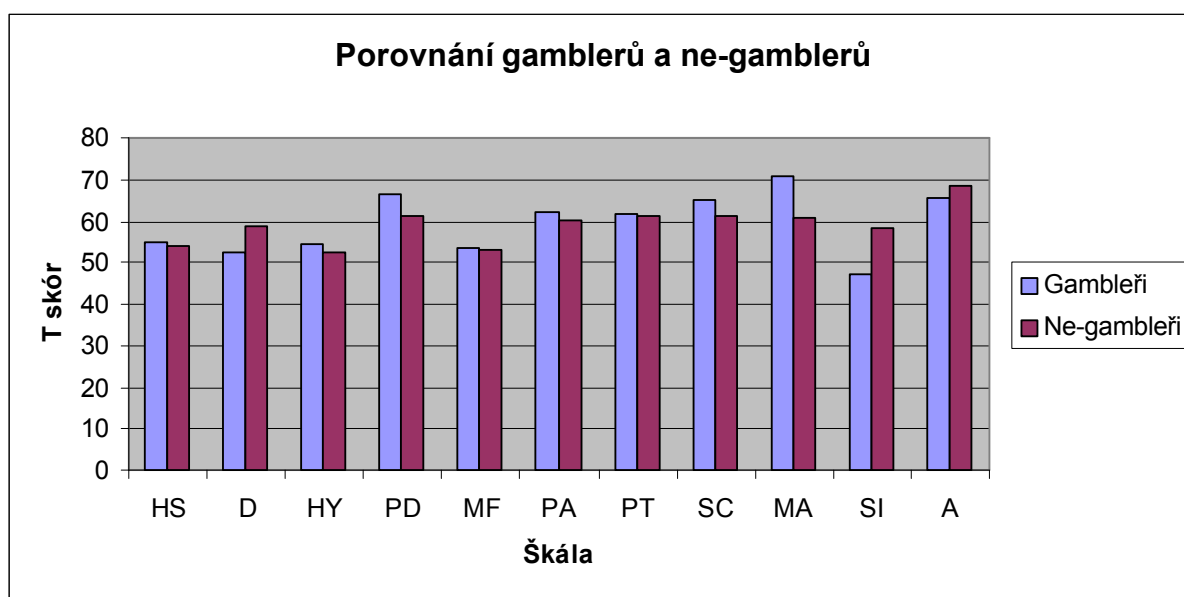
Na hladině významnosti 5 % se statisticky významné rozdíly mezi skupinami prokázaly pouze ve škálách Hypománie a Sociální introverze. Vzhledem k výše popsanému se však lze přesto domnívat, že se objevují rozdíly i v dalších osobnostních charakteristikách.

Nelze je však objektivně zachytit dotazníkem MMPI-2. Hypotézu první bychom přesto mohli potvrdit. Statisticky významný rozdíl se prokázal alespoň ve dvou měřených škálách a odkazuje tedy na fakt, že existují rozdíly v osobnostních charakteristikách mezi uživateli alkoholu, psychoaktivních látek a patologických hráčů. Naměřené hodnoty a hodnoty statistické významnosti ukazují tabulky č. 1 a 2, uvedené v příloze.

7. 1. 6. Skupina patologických hráčů

Předchozí odstavce shrnují rozdíly mezi čtyřmi skupinami respondentů. Jedná se o uživatele alkoholu, uživatele psychoaktivních látek, uživatele závislé na více látkách a patologické hráče. Právě při interpretaci skupiny patologických hráčů bylo však nutné postupovat obezřetně. V této skupině se totiž nachází pouze tři osoby. Pouze tyto tři osoby totiž nevykazují současně s patologickým hráčstvím také jinou formu závislosti. Všichni ostatní jedinci, léčící se ze závislosti na hře, užívali zároveň i další návykovou látku. Z tohoto důvodu byla užita ještě další statistická metoda, odlišující gamblery a tzv. negamblery a to metoda T testu. Všechny osoby byly rozděleny do dvou skupin. První skupina byla složena z osob, které nevykazují problémy s patologickým hráčstvím. Druhá skupina naopak obsahovala osoby, u nichž má patologická hra také svoji roli. Jednalo se o osoby závislé na hře, nebo osoby závislé na hře v kombinaci s jiným typem závislosti. Úmyslem bylo zjistit, zda i v tomto případě budou u skupiny patologických hráčů vycházet podobné výsledky, jako v předchozích odstavcích.

Graf č. 7: Porovnání patologických hráčů a osob bez symptomů patologického hráčství



Z grafického znázornění je zřejmé, že ve většině škál se objevují pouze nevýznamné rozdíly mezi oběma skupinami. Pouze škály Hypomanie (Ma) a Sociální introverze (Si) vykazují statisticky významný rozdíl mezi skupinami. Osoby, které vykazují symptomatiku patologického hráčství se tedy v tomto případě jeví jako hypomanické, s povznesenou, nestabilní náladou, myšlenkovým tryskem. Jsou impulzivní, soutěživí, narcističtí, extravertovaní a povrchní, se sklonem k agitovanosti. Graf č. 5 výše ukazuje, že patologičtí hráči nedosahují nejvyššího T skóru. Nacházejí se až za skupinou Kombinace závislostí a skupinou osob závislých na psychoaktivních látkách. Právě to, že byli patologičtí hráči ve výše uvedeném případě zařazeni do skupiny Kombinace závislostí, mohlo tak přispět ke zvýšení T skóre u této skupiny. Graf č. 7 však potvrzuje teoretické poznatky, uvedené v odborné literatuře. Patologičtí hráči jsou extrovertní, manicky excitovaní, mají menší zábrany, narcistické rysy. Touží po vzrušení, které jim hra přináší. Totéž potvrzuje i škála Sociální introverze, ve které opakovaně dosahují patologičtí hráči nejnižších T skóre a jeví se tak mezi všemi skupinami nejvíce extrovertního zaměření.

Také ostatní škály vykazují v obou případech obdobné výsledky. Oproti ostatním skupinám jsou patologičtí hráči méně úzkostní a mají méně snížené sebevědomí. Jsou také méně depresivní a pesimističtí.

Rozdíly se ukazují ve škálách Pd, Pt a Sc. V tomto druhém případě zde dosahují tyto osoby vyšších skóre, nežli tomu bylo v případě předchozím. Nelze tedy s jistotou konstatovat, že v těchto škálách se objevují signifikantní výsledky. Pro větší jistotu a přesnost výsledků by bylo nutné provést výzkum s větším množstvím respondentů, kteří vykazují pouze rysy patologického hráčství, nikoli však již ve spojitosti s dalším typem závislosti.

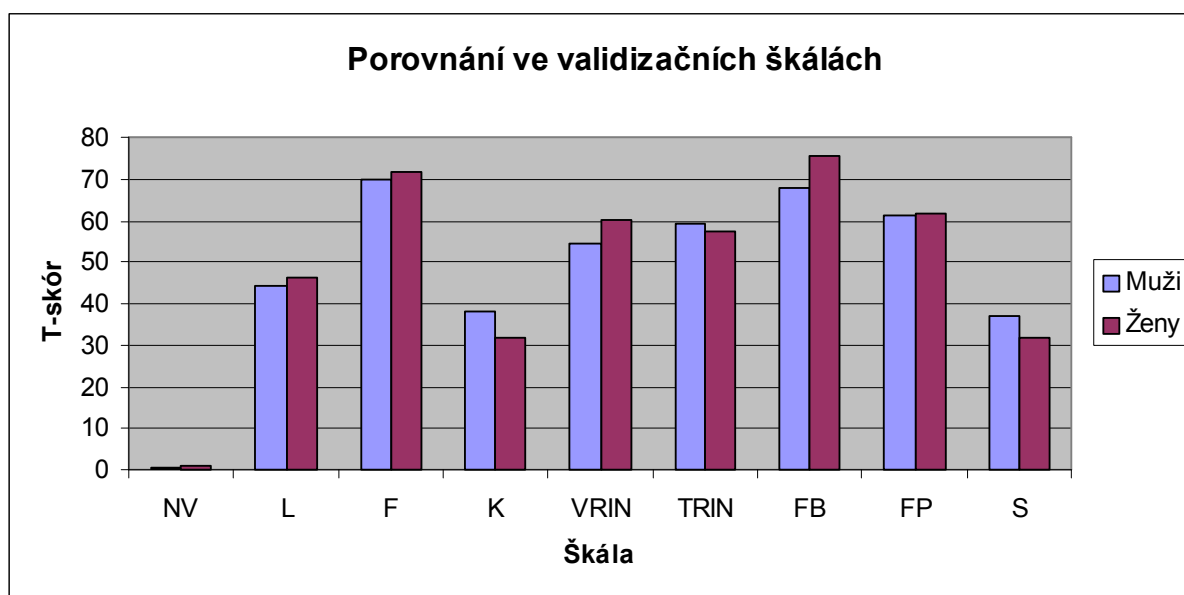
7. 2. Hypotéza druhá

H₂: Existují rozdíly v osobnostních charakteristikách mezi muži a ženami, hospitalizovanými v PL Bohnice a užívajícími návykové látky (případně patologickými hráči) ve výsledcích MMPI-2.

7. 2. 1. Rozdíly mezi pohlavími ve validizačních škálách

Rozdíly mezi pohlavími opět nejlépe ukáže grafické znázornění.

Graf č. 8 : Porovnání validizačních škál u žen a mužů



Co znázorňují jednotlivé validizační škály bylo popsáno již výše. Statisticky významný rozdíl mezi pohlavími se ukazuje pouze ve škálách K, VRIN a S.

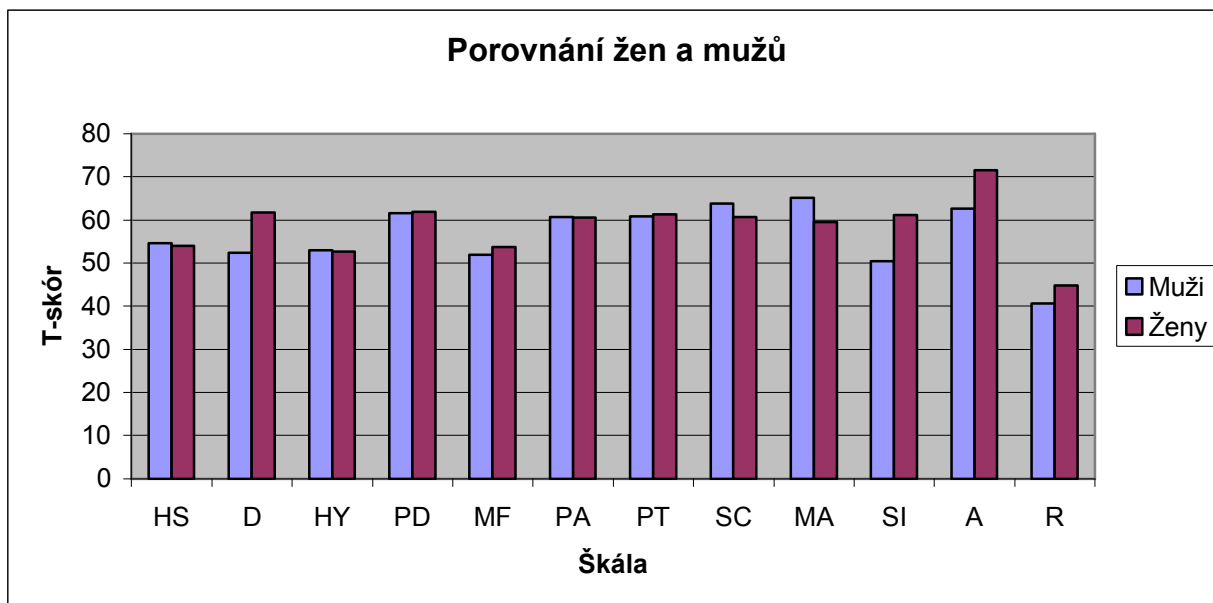
K škála ukazuje míru defenzivity osoby a tendenci jevit se v horším světle. T skóry obou pohlaví jsou relativně nízké. Průměrný T skór žen dosahuje hodnoty 31, 98. Ženy mají tedy pravděpodobně tendenci simulovat či agravovat své potíže a mohou prožívat závažný distres. T skór, jehož dosahuje skupina mužů, se rovná hodnotě 38, 31. Muži budou tedy pravděpodobně zažívat také distres, budou mít slabší sebepojetí a slabší sociální dovednosti.

Škála VRIN reprezentuje nekonzistenci variabilních odpovědí. Mezi skupinou mužů a skupinou žen se objevuje statisticky významný rozdíl v odpovědích, avšak hodnoty obou skupin jsou stále v mezích normy.

Škála S je analogická svým obsahem škále K. I v této škále dosahuje skupina mužů vyšších hodnot oproti skupině žen, avšak opět se jedná v obou případech o hodnoty v mezích normy.

7. 2. 2. Rozdíly mezi pohlavími v klinických škálách

Graf č. 9: Porovnání žen a mužů v ostatních klinických škálách



Z hlediska druhé hypotézy jsou však důležitější rozdíly mezi pohlavími v klinických škálách. Graf ukazuje, že v některých škálách jsou rozdíly menší, v jiných větší. Statisticky nejvýznamnější se jeví rozdíly ve škálách D, Si, A.

Škála Deprese (D) ukazuje, že ženy jsou oproti mužům výrazně depresivnější. Jsou více plaché, samy se sebou nespokojené, mají sklony k obavám.

Co se týče škály Sociální introverze (Si), také ta je zvýšena více u žen. Značí fakt, že ženy jsou oproti mužům více sociálně stažené, introvertnějšího zaměření a plaché. Společnost tolik nevyhledávají, spíše preferují samotu či menší skupinu přátel.

Také škála Anxiety (A) vykazuje vysoké T skóry zvláště u žen. Ženy jsou oproti mužům více úzkostné, nemají sebedůvěru v sebe ani své schopnosti, nadměrně se kontrolují, jsou nešťastné a pesimistické. Podobné charakteristiky se objevují také u mužů, avšak v menší míře.

Ostatní klinické škály nevykazují statisticky významné rozdíly. Ženy i muži mají tedy podobné potíže například v sociálním přizpůsobení, nedostává se jim příjemných prožitků. Mohou si stěžovat na rodinné vztahy, autority, či odcizení sobě a sociálnímu okolí. Mírnější rozdíly mezi pohlavími ukazuje také škála Hypomanie (Ma), ve které se muži ukazují jako osoby s více povznesenou, nestabilní náladou či myšlenkovým tryskem. Mohou být o něco více impulzivní, extravertovaní a povrchní.

7. 2. 3. Shrnutí výsledků

Výsledné hodnoty v jednotlivých škálách ukazují některé rozdíly mezi muži a ženami. Ukazuje se zde především fakt, že ženy jsou oproti mužům více depresivní, úzkostné, stažené, introvertní a nespokojené samy se sebou a svým životem. Muži mohou být oproti tomu více extravertovaní, impulzivní a povrchní.

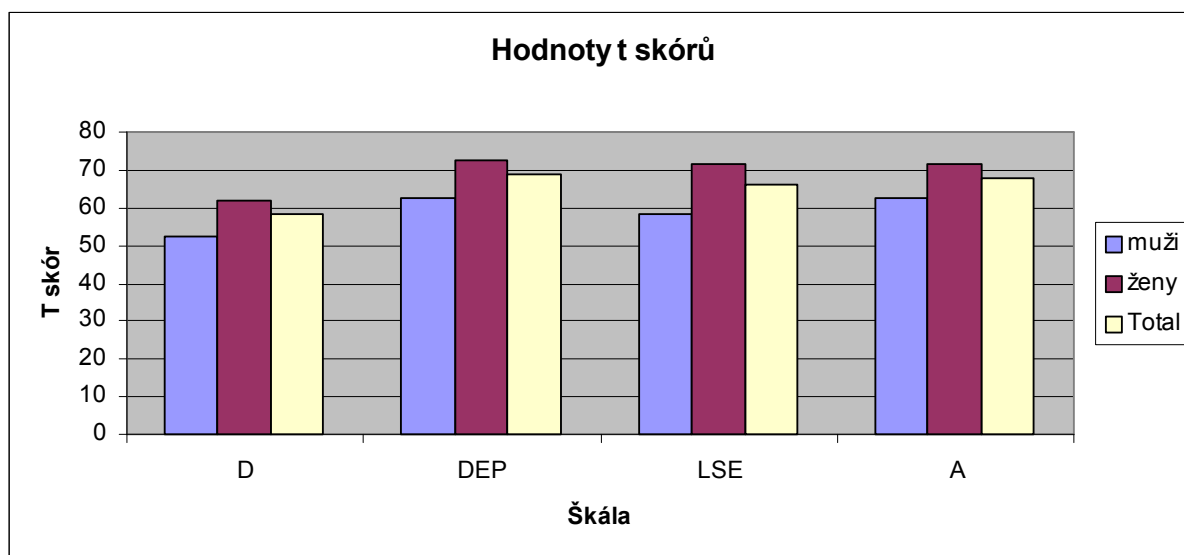
Na hladině významnosti 5 % je možné druhou hypotézu také potvrdit. Statisticky významný rozdíl se objevuje především u škál Deprese, Sociální introverze, Deprese (obsahová škála) a Anxieta. Naměřené hodnoty a hodnoty statistické významnosti ukazují tabulky č. 3 a 4, uvedené v příloze.

7. 3. Hypotéza třetí

H₃: Uživatelé návykových látek jsou zvýšeně depresivní, úzkostní, mají nízké sebepojetí a sebevědomí. Jsou si nejistí sami sebou, mají nízkou frustrační toleranci.

Odpověď na tuto hypotézu jsem hledala především ve škálách D (Depresivita), DEP (Deprese), LES (Nízká sebeúcta), A (anxieta).

Graf č. 10: Hodnoty T skóre v uvedených škálách



Graf ukazuje hodnoty T skóre v jednotlivých škálách a také poukazuje na rozdíly v jednotlivých charakteristikách mezi muži a ženami.

Škála Deprese (D) neproказuje příliš odlišné a významné výsledky. Hodnoty T skóre jsou poměrně nízké. Pro to, aby mohly být osoby označeny charakteristikami zvýšeně depresivní, nešťastné a pesimistické ohledně budoucnosti, či nadměrně stažené a izolované,

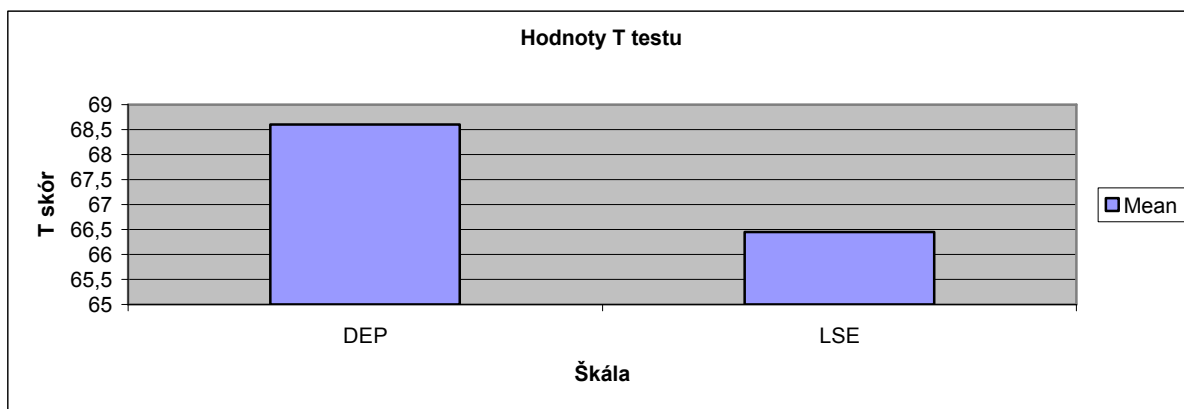
musely by hodnoty T skóre dosahovat hodnoty 65. Tomu se však blíží pouze skupina žen s hodnotou T skóre 61, 73. Průměrná hodnota T skóre všech respondentů je pouze 58, 02. Podle této škály bychom tedy nemohli osoby užívající návykové látky označit za zvýšeně depresivní.

Zajímavé je však porovnání standardní klinické škály D s obsahovou škálou DEP, tedy také škálou Deprese. Zaměřuje se ale na podobné symptomy, jako škála předchozí. Posuzuje symptomatickou depresi, depresivní myšlenky, nešťastnou a pesimistickou náladu. V této škále dosahují vysokých skóre spíše ženy, avšak i průměrný T skóre u skupiny mužů je blíží se hranici normy. Dle průměrné hodnoty T skóre (68, 61) obou skupin se však dají uživatelé návykových látek považovat za depresivní, nešťastné, sebekritické, osamělé.

Podobným způsobem bychom mohli interpretovat i další škály. Nízká sebeúcta (LSE 66, 45) a Anxieta (A 68, 03) také poukazují na fakt, že se jedná o osoby s negativním sebepojetím, které o sobě mají velmi nízké mínění, cítí se neschopní a neatraktivní pro ostatní. Jsou úzkostní, inhibovaní a nadměrně se kontrolující.

S obsahovými škálami byl proveden také T test. Jako hraniční hodnota, pro kterou bychom mohli ještě zařadit respondenty do oblasti normy, byla dle manuálu stanovena hodnota 60. V obou sledovaných škálách se však objevují hodnoty vyšší.

Graf č. 11: Hodnoty obsahových škál v T testu



Dle výsledků v T testu ale i výsledků v dalších škálách je možné danou hypotézu potvrdit. Uživatelé návykových látek jsou opravdu zvýšeně depresivní, úzkostní, mají nízké sebepojetí a sebevědomí. Jsou si nejistí sami sebou a mají zjevně i nízkou frustrační toleranci. Své problémy neřeší konstruktivně, avšak formou užívání návykových látek či patologickým hráčstvím. Přesné výsledky T testu ukazuje tabulka č. 5 v příloze.

7. 4. Hypotéza čtvrtá

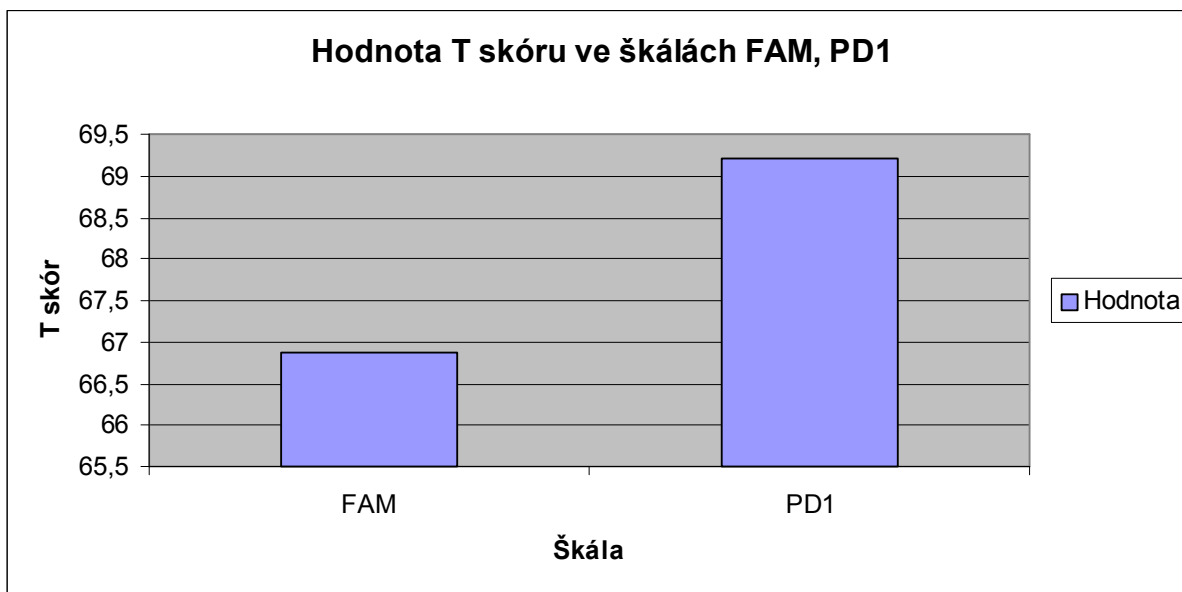
H₄: Většina uživatelů návykových látek vyrůstala v patologickém výchovném prostředí a prožívala rodinný nesoulad.

Odpověď na tuto hypotézu jsem hledala především ve škálách Pd1 a FAM. Označení Pd1 reprezentuje subškálu v rámci škály Pd, Psychopatická odchylka. Jedná se o subškálu zaměřenou právě na rodinný nesoulad. Osoby s vysokými skóry (nad T skór 70) bojují proti kontrole ze strany rodiny, charakterizují ji nedostatkem lásky, porozumění a podpory.

V případě škály FAM hovoříme o obsahové škále, která rovněž reprezentuje problémy v rodině. Osoby s vysokými skóry (nad T skór 60) sdělují závažný rodinný nesoulad. V jejich rodinách cítí málo lásky, podpory, ostatní členové rodiny se jim vyhýbají, nemají mezi sebou dobré vztahy. Rodinná atmosféra je plná konfliktů, hádek, nespokojenosti.

Tyto dvě škály však dosahují rozdílných hodnot. Data byla vyhodnocována opět pomocí T testu a výsledky opět vidíme v grafu.

Graf č. 12: Hodnoty T skórů ve škálách FAM, Pd1



Za hraniční v každé škále byla stanovena jiná hodnota. Dle manuálu je třeba, aby osoby dosahovaly ve škále FAM T skóru alespoň 60, aby bychom je mohli popsat uvedenými charakteristikami. V případě subškály Pd1 je však třeba, aby osoby dosahovaly alespoň T skóru 70. Přestože tedy vidíme, že hodnota T skóru u škály Pd1 je vyšší, dosahuje hodnoty 69, 2, nežli hodnota škály FAM (dosahující hodnoty 66, 88), nachází se ještě mírně

pod hranicí normy.

Poslední výzkumnou hypotézu tedy potvrdit nelze. S přihlédnutím k výsledným hodnotám v obou škálách se však lze domnívat, že respondenti nevyrůstali povětšinou v příhodných rodinných podmínkách. Jisté negativní pocity k rodinným příslušníkům a problémy jsou zřejmé.

8. Hodnocení statistických hypotéz

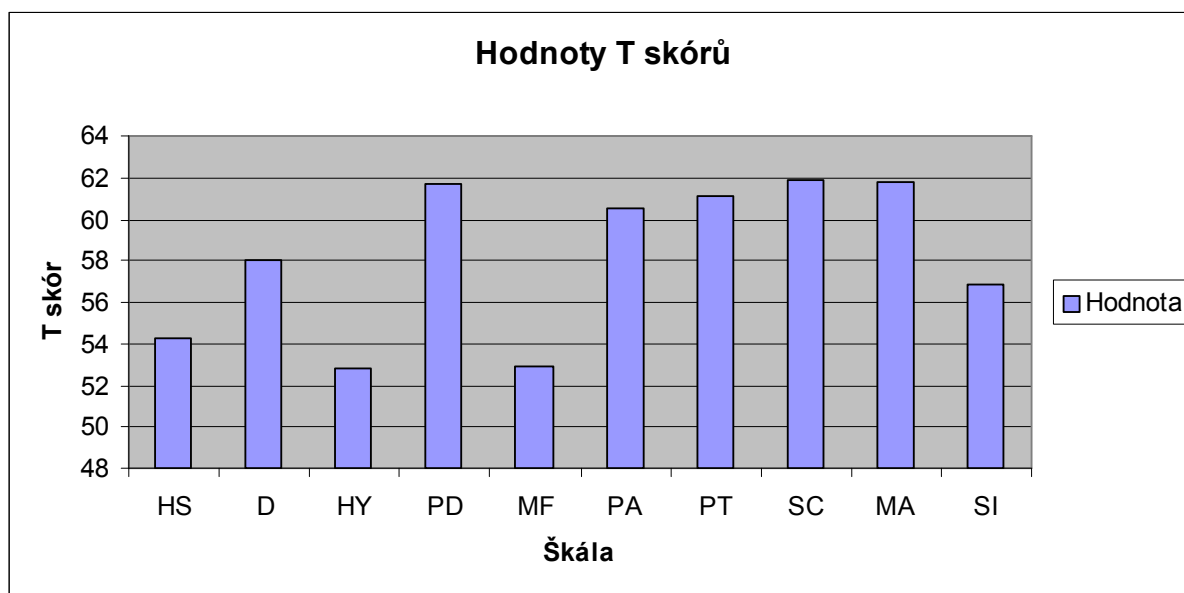
Další kapitola se věnuje hodnocení a interpretaci dvou statistických hypotéz.

8. 1. Hypotéza první

H₁: Uživatelé návykových látek mají nejvíce zvýšenu škálu Pd (Psychopatická odchylka) a škálu D (Deprese).

Na základě prostudování odborné literatury a dosud provedených výzkumů (např. Craig, 1979) byla stanovena tato hypotéza, která předpokládá zvýšení především těchto dvou škál. Výsledky výzkumu však ukazují toto.

Graf č. 13: Hodnoty T skóre v klinických škálách



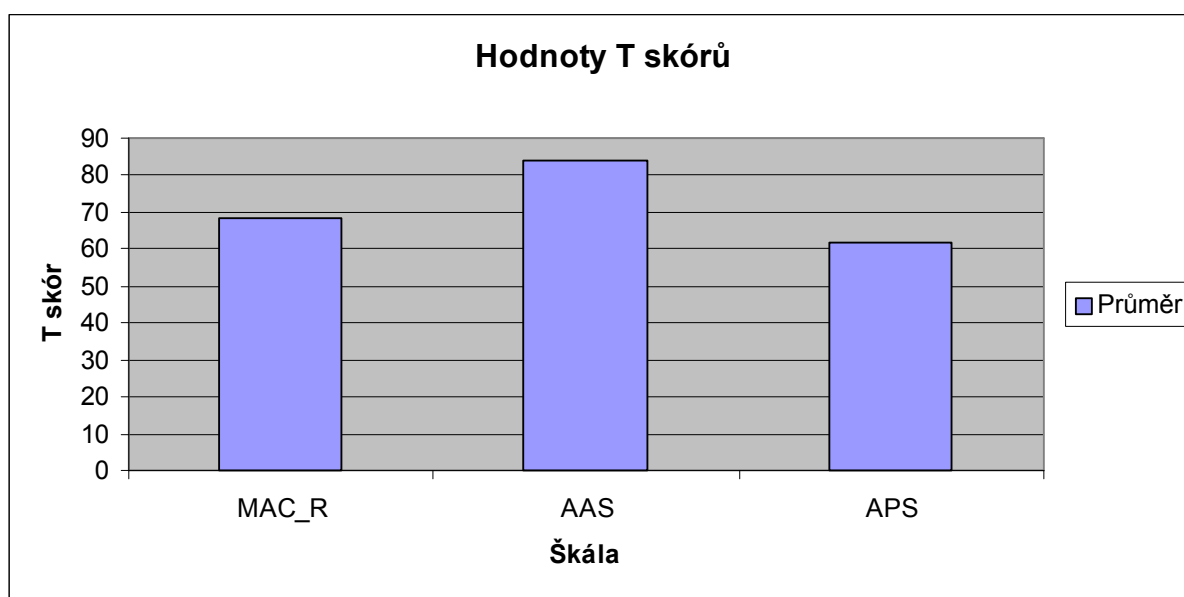
Co se týče škály Pd, je zřejmé, že patří mezi nejvíce zvýšené škály. Škála D již však tolik zvýšena není. Naopak, objevuje se zde několik dalších škál, které dosahují vyšších hodnot. Uživatelé návykových látek tedy spíše než pocity depresivní zažívají pocity podezíravosti, paranoidních myšlenek, sociálního odcizení, či osamělosti. Cítí se nepochopení

a nemilovaní. Zažívají epizody manických excitací, jsou narcističtí a površní. Často se u nich objevuje obsedantně kompulsivní reaktivita, sebekritičnost a sebepochybnosti. Tato statistická hypotéza se tedy nepotvrdila.

8. 2. Hypotéza druhá

H₂: Osoby užívající návykové látky budou mít zvýšeny škály MAC-R (MacAndrewova škála alkoholismu), AAS (Škála manifestního návykového chování) a APS (Škála návykového potenciálu).

Graf č. 14: Hodnoty T skórů ve škálách MAC-R, AAS, APS



Vzhledem k charakteristice těchto škál bylo již předem předpokládáno jejich zvýšení. V případě škály MAC-R se jedná nejen o prosté zjišťování zneužívání alkoholu, ale i dalších návykových látek. Osoby s vysokými skóry jsou popisovány jako asociální, neinhibované, impulzivní, s mělkými interpersonálními vztahy.

Škála AAS bývá zvýšena u osob, jež otevřeně připouští problémy s abúzem návykových látek. Projevují se u nich i další charakteristiky, včetně rodinných problémů a agování, asociálního chování. Jsou impulzivní, zlostné a agresivní.

Škála APS zjišťuje návykový potenciál osoby. Osoby s vysokými skóry připouští problémy s abúzem drog a projevují antisociální chování.

Ve všech těchto škálách vidíme zvýšení oproti normě, která je udávána na hranici hodnoty T skóru 60. Na hladině významnosti 5 % bylo prokázáno, že lze tuto hypotézu

potvrdit. Naměřené hodnoty a hodnoty statistické významnosti opět ukazuje tabulka č. 5, uvedená v příloze.

9. Výsledky a interpretace rozhovorů

Rozhovory byly provedeny s celkem čtyřmi ženami a pěti muži a ilustrují některé shodné rysy, které bychom mohli spatřit u uživatelů návykových látek.

9. 1. Údaje z rozhovorů

V první řadě se jedná o motivaci k užití drogy vůbec. Jak říkají teoretické poznatky, pro to, aby se stal člověk závislým, je třeba jistá osobnostní struktura, osobnostní nastavení. Ne každý člověk, který má problémy, se stane závislým na návykových látkách. Z rozhovorů však vyplývá, že většinou existuje prvotní podnět, který vede k užití návykové látky. Tato motivace bývá různá. Vždy je zde však nějaký společný jmenovatel a tím je zvědavost, touha po štěstí, svobodě, člověk touží mít něco, čeho se mu nedostává. Droga je náhražkou za něco nedostačujícího.

„Umřela mi babička, která se o mě starala celý život. Kamarádi mi dali trávu, ať jsem v pohodě. Pak jsem se seznámila s jednou holkou. Máma, která na mě celý život kašlala, si mě pak vzala zpátky od pěstounů a odejela na dovolenou na Kanárské ostrovy. Já jsem zůstala doma a těch 14 dní to byly jen drogy a žádná škola. To byla moje první zkušenost a už se to vezlo.“ (žena závislá na drogách, 24 let)

„Víc jsem začala pít kolem rozvodu, bylo to pro mě těžký období, zažívala jsem takový ty pocity méněcennosti, žalu...“ (žena závislá na alkoholu, 50 let)

„Experimenty, zvědavost, no. Protože můj táta taky bral drogy, tak mě to zajímalo.“ (muž závislý na drogách, 24 let)

„Drogy jsem začal užívat jako náhražku za rodinu“ (muž závislý na alkoholu, 43 let)

„Já jsem jezdil na bruslích, byl jsem docela dobrej v tom – nechci se vytahovat. No a pak jsem měl úraz hlavy, odvezli mě vrtulníkem. Pak jsem se probudil, byl jsem trošku ochrnutej, dneska už to mám spravený, a trošku se mi zničil intelekt, tadyhle ucho mi museli dodělat plasticky. Takže to byl vlastně ten důvod, proč jsem se s tou drogou potkal. Byl tam

ten úraz no. To se stává často, když někdo třeba sportuje, pak se mu něco stane... (muž závislý na drogách, 26 let)

Droga alespoň z počátku přináší uživatelům pouze pozitivní zážitky. Problémy, které návykové látky přináší, si uživatel nepřipouští. Ty se objevují až o něco později. Účastníci výzkumných rozhovorů udávali například takováto pozitiva.

„No, že jsem se naučila komunikovat, protože jsem strašně uzavřený typ, zvětšila jsem si sebevědomí, našla jsem v sobě věci, který jsem si myslela, že nedokážu, že neumím.“ (žena závislá na drogách, 24 let)

Takovýto příklad ilustruje i hypotézu uvedenou výše. Uživatelé návykových látek jsou mnohokrát osoby s velmi nízkým sebevědomím. Právě užíváním návykové látky získávají vytoužené sebevědomí, ztrácí se pocity úzkosti a strachu.

„Rozpouštělo to úzkost. Pocity viny mizely. Uvolnění, určitě“ (žena závislá na alkoholu, 50 let)

Pokud jsem se respondentů zeptala, jaké je jejich sebevědomí, zda jsou sebekritičtí či nikoli, odpovědi se různily. Většina z nich však skrývala sebekritický podtext. Osoby, které se stanou závislé na návykových látkách, častokrát nemají důvěru v sebe samé. Jejich sebevědomí je na velmi nízké úrovni.

Ani jejich copingové strategie nejsou konstruktivní. Droga pro ně představuje možnost úniku od problémů.

„Předtím jsem na to reagovala tak, že jsem se opila. Jsem říkala to vyřeším pak, to vyřeším pak.“ (žena závislá na alkoholu, 36 let)

Častokrát začínají lidé užívat návykové látky i z nadměrného stresu. Náročná povolání jako například lékař mohou být mnohdy tak zatěžující, až se člověku nedaří zvládnout jej pouze svými silami.

I patologické hraní automatů či sázení na internetu však může být pro člověka v danou chvíli přínosem.

„Určitě to přinášelo pozitiva. Takový ty falešný pocity štěstí. Když člověk vyhraje, tak určitě. Měl jsem dobrou náladu, vyhrál jsem peníze...“ (muž závislý na hře, 33 let)

Ale důvody k tomu, aby člověk začal hrát, mohou být i jiné, než jen uvolnění. Hra totiž přináší příjemné prožitky, ale také pro někoho vidinu velkého bohatství.

„Tak já už jsem začal tak v 15. Vždycky jsem byl hravej. Přítel drobného hazardu. A pak jsem dostal takový hloupý nápad, že si vydělám na baráček.“ (muž závislý na hře, 33 let)

Osoby vyrůstající v patologických rodinách či jiných výchovných prostředích, mají k užití drogy také mnohem blíže, nežli osoby z prostředí stimulujícího. Jedním z negativně působících faktorů může být i užívání návykových látek rodiči. V šesti z devíti případů se v rodině respondentů objevil nadměrný abúzus návykových látek, většinou alkoholu. Často respondenti vzpomínají na své rodiče jako na alkoholiky, případně dokládají jinou patologii.

„Všechny holky jsou z pošramocené rodiny. To sebevědomí, záleží, jak moc jste v tu chvíli silná. Ale vždycky klesne..“ (žena závislá na alkoholu, 50 let)

„Můj nevlastní otec mě od malička bil, i matku a je alkoholik, protože pije doted'. Je to mojí sestry táta. Tam jsou všichni alkoholici v té rodině. Můj názor, protože každý den jsou na plech. Jsou alkoholici, protože se třepe, když nemá ten alkohol.“ (žena závislá na drogách, 24 let)

Drogově či alkoholově závislí mají často na dětství obecně negativní vzpomínky.

„Vzpomínky mám samý smutný. Mám pocit, že jsem byla strašně smutná, strašně sama.“ (žena závislá na drogách, 24 let)

9. 2. Shrnutí

I v rozhovorech se objevily některé informace, které ilustrují údaje z teoretické části této práce. Osoby, které začnou užívat návykové látky, většinou nemají příhodné rodinné zázemí a vyrůstají ve ztížených podmínkách. V jejich rodinách se často objevuje užívání některé návykové látky, zažívají mnohdy velmi těžké situace. Některé osoby však vyrůstají v rodinách relativně spořádaných. Problém, který dovede k užití návykové látky, je však v jiné oblasti, či v traumatickém zážitku. Návyková látka je užita jako náhrada za něco nedostačujícího.

Většinou dochází k užití návykové látky po nějakém provokujícím podnětu, kterým bývají různé události (například rozvod, ztráta něčeho důležitého).

Uživatelé návykových látek bývají často osoby s velmi nízkým sebevědomím. Často je droga právě to, co sebevědomí zvyšuje. Už si nepřipadají tak bezcenní a neschopní, jako bez ní. Touží po větších zážitcích, které jim droga nabízí a unikají tak stresovým situacím.

Častokrát jsou to lidé kritičtí sami k sobě, mají nízkou frustrační toleranci, nekonstruktivní copingové strategie.

K hraní automatů či internetovému a jinému sázení se uchylují například lidé, kteří touží po snadných výdělcích, ale také lidé, kterým hra přináší potěšení. Často se stává, že hrát začínají i lidé závislí na jiné návykové látce. Hrají pod jejím vlivem.

10. Vyjádření k dílčím cílům diplomové práce

V této kapitole bych se chtěla věnovat dílčím cílům této diplomové práce. Tyto cíle byly stanoveny tři. Ptala jsem se, jaké jsou osobnostní rysy uživatelů návykových látek a zda bychom mohli tyto rysy považovat za součást vzniku závislostního chování, dále na rozdíly v osobnostní struktuře mezi muži a ženami a také na rozdíly v osobnostní struktuře mezi jedinci užívajícími alkohol, psychoaktivní látky a patologických hráčů.

10. 1. Osobnostní rysy závislých osob obecně

Šestá a sedmá kapitola této práce se věnují právě porovnávání osobnostních charakteristik jednotlivých skupin uživatelů ve všech stanovených škálách MMPI-2. Pokud bychom chtěli stanovit, které osobnostní rysy se obecně u závislých uživatelů vyskytují, dospěli bychom k následujícímu.

Výsledky ukazují, že nejvíce zvýšené standardní klinické škály v dotazníku MMPI-2 jsou především Psychopatická odchylka, Paranoia, Psychastenie, Schizofrenie a Hypománie. Co se týče obsahových škál, zde skórují vysoko (nad hraniční hodnotu 60, udanou manuálem)

uživatelé ve škálách Deprese (DEP), Nízká sebeúcta (LSE) i Problémy v rodině (FAM). Velmi zvýšených hodnot dosahují samozřejmě i škály návykových potenciálů (MAC-R, AAS, APS) a nadměrně zvýšena je i škála Anxiety.

Naopak nejnižších skóre dosahovali uživatelé ve škálách Hypochondrie, Hysterie a Maskulinita – femininita.

Z těchto údajů vyplývá, že osoby užívající návykové látky jsou často nepřízpůsobivé sobě i sociálnímu okolí. Prožívají konflikty v mezilidských vztazích, v rodinách. Mívají problémy se sociálními normami i s autoritami. Jsou impulzivní, oploštělí a nepředvídatelní, podezírávají se sklonem obviňovat druhé. Často je trápí různé obsedantní myšlenky, jsou sebekritičtí a ustrašení. Mnohdy se stahují ze vztahů s druhými lidmi, cítí se nepochopení a odcizení, prožívají bizarní pocity. Právě proto někteří z nich unikají k návykovým látkám. Po jejich užití si některé problémy nepřipouští. Cítí se osamělí a nemají jasnou představu o sobě samých. Často se jedná o osoby s povznesenou, nestabilní náladou, impulzivní, narcistické a povrchní, avšak depresivní, úzkostné a s nízkým sebevědomím.

Uživatelé návykových látek mají většinou běžné maskulinní i femininní zájmy. Nebývají zvýšeně hypochondričtí, o své tělesné funkce neprojevují neurotický zájem a také se u nich příliš neobjevují histriónské rysy.

10. 2. Rozdíly v osobnostní struktuře mezi muži a ženami

Z výsledků výzkumného šetření je zřejmé, že rozdíly mezi muži a ženami existují. Co se týče standardních klinických škál, zde skórují muži vysoko především ve škálách Psychopatická odchylka, Psychastenie, Schizofrenie a Hypománie. Ženy podobně vysokých skóre dosahují také ve škálách Psychopatická odchylka, Psychastenie, Schizofrenie. Vyšších hodnot však na rozdíl od mužů nedosahují ve škále Hypománie, ale škále Deprese a škále Sociální introverze. Obsahové škály Deprese a Nízká sebeúcta mají ženy oproti mužům také velmi zvýšeny. V neposlední řadě mají ženy oproti mužům zvýšenu i škálu Anxieta. Statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami se tedy objevuje ve škálách Deprese, Sociální introverze, obsahových škálách Deprese a Nízká sebeúcta a také škále Anxieta.

S přihlédnutím k těmto výsledkům lze tedy konstatovat, že muži jsou oproti ženám více povznesení, mají nestabilní náladu, jsou impulzivní a narcističtí. Jsou více extrovertního zaměření, nežli ženy, také více povrchní a lhostejní. Ženy jsou oproti mužům více úzkostné a tenzní, často se cítí v nepohodě v mezilidských vztazích. Jsou depresivní a pesimistické, nemají dostatečnou víru v budoucnost ani ve své schopnosti. Mají sklony k nadměrným

obavám, cítí se nemilovány a často v nepohodě. Jsou tedy oproti mužům více labilní a navenek manifestují mnohem nižší sebevědomí.

10. 3. Rozdíly v osobnostní struktuře mezi uživateli alkohol, psychoaktivních látek a patologických hráčů

Rozdíly mezi jednotlivými uživateli se objevují také a to obzvláště ve škálách Hypománie a Sociální introverze. V těchto případech se jedná o statisticky významný rozdíl. Ale i některé další škály projevují rozdíly mezi skupinami. Například škála Deprese, Psychopatická odchylka, Paranoia či Psychastenien a Hypománie. Rozdíly však nejsou mezi všemi skupinami.

Ukazuje se, že osoby závislé na alkoholu jsou mnohem méně manické a impulzivní, nežli uživatelé psychoaktivních látek a patologičtí hráči. Uživatelé alkoholu nejsou tolik narcističtí a povrchní, jsou spíše introvertního zaměření. Nevyhledávají tolik společnost jako uživatelé jiných návykových látek a hráči. Jsou plaší a odtažití ze sociálních vztahů.

Uživatelé alkoholu jsou také více depresivní a pesimističtí, nespokojení sebou samým. Naopak si méně stěžují na rodinné vztahy, autority, jsou méně zlostní a více předvídatelní, nežli uživatelé psychoaktivních látek a gambleři a také méně obsedantně kompulzivní a manicky excitovaní.

Uživatelé alkoholu spolu se skupinou patologických hráčů jsou také méně paranoidní, ostražití a nemají tolik konfliktů s ostatními lidmi. Podobně platí také to, že obě skupiny nevykazují tolik rysů podivných percepcí, bizarních myšlenkových i tělesných procesů, nepřipadají si tak odlišní a odcizení. Důvodem může být skutečnost, že užívání psychoaktivních látek provází častěji psychotické příznaky, nežli užívání alkoholu. Uživatelé psychoaktivních látek jsou naopak více chladné a apatické osoby, které cítí, že jsou jiní, nežli většinová společnost.

11. Diskuse

Tato diplomová práce poukázala na některá důležitá fakta a z velké části potvrdila údaje dostupné v odborné literatuře. Přestože se objevily některé výjimky, většina získaných dat je v souladu se stanovenými hypotézami. V této části diplomové práce bych chtěla shrnout dosažené poznání a nastínit některé vzniklé problémy a nesrovnalosti.

V počátku výzkumného šetření byly na základě prostudování odborné literatury stanoveny určité hypotézy, které měly tyto poznatky potvrdit. Ne všechny hypotézy však byly tak zřejmé, jak se z počátku mohlo zdát.

Předpokládala jsem, že u osob užívajících alkohol, psychoaktivní látky i u patologických hráčů se objeví nějaké společné vlastnosti a rysy. Již při interpretaci prvních škál bylo zřejmé, že se u nich projevuje tendence k osobnostním a emocionálním problémům. Osoby, které začnou užívat návykové látky v nich často hledají východisko ze svých problémů. Interpretace prvních validizačních škál říkala, že hospitalizovaní pacienti žádají o pomoc s řešením svých problémů, nejsou si jisti vlastními schopnostmi se s problémy vyrovnat. Osoby užívající návykové látky si nejsou obecně jisté samy sebou. Jsou to většinou lidé s nízkým sebepojetím, sebevědomím. Pociťují úzkosti, cítí se nemilováni a nehodní. Nejvíce se tato tendence projevovala u uživatelů alkoholu a co se týče pohlaví, tak mnohem spíše u žen. Tato tendence se potvrdila nejen ve výsledcích dotazníku MMPI-2, ale také ve výzkumných rozhovorech. Uživatelé návykových látek a patologičtí hráči jsou tedy velmi nejisté osoby, častokrát nemají důvěru v sebe samé. Jejich sebevědomí je na velmi nízké úrovni. Pokud je jedinec dobrovolně umístěn do psychiatrické léčebny, jistě už vidí negativní důsledky svého chování. Uvědomí si, že svépomocí není schopen problémy řešit a hledá pomoc u odborníků. Avšak domnívám se, že i lidé mimo psychiatrické léčebny, si nejsou jisti svými schopnostmi problémy vyřešit a právě z toho důvodu se uchylují k užívání návykových látek. Nehledají tedy primárně pomoc u odborníků, ale v účincích návykové látky, jejímž úkolem je osvobodit od aktuálních potíží a přinést libé prožitky.

Po prostudování odborné literatury a zpracování teoretické části této práce jsem předpokládala, že závislí jedinci budou také velmi depresivní a že bude tedy zvýšená i standardní klinická škála D (Deprese). Z mého pohledu však překvapivě osoby nedosahovaly extrémních skóre. Ve škále D došlo pouze k mírnému zvýšení a to zvláště u skupiny žen a u skupiny uživatelů alkoholu. V kontrastu s tím však byla posuzována i obsahová škála Deprese. V té naopak všichni uživatelé skórovali vysoko. Je tedy možné předpokládat, že osoby s takovýmto zvýšením bývají plaché, nespokojené samy se sebou, vlastní situací a mívají obecný sklon k obavám. Bývají depresivní a pesimistické, avšak nikoli tolik očekávaným způsobem, jak bylo předpokládáno. Do této charakteristiky však může vstupovat další proměnná a to léčba antidepresivy, která bývají pacientům v psychiatrických léčebnách často předepisována. Co se týče patologických hráčů, tato skupina se od ostatních uživatelů

návykových látek v tomto ohledu mírně odkláněla. Patologičtí hráči se jeví jako méně úzkostní a mají méně snížené sebevědomí. Jsou také méně depresivní a pesimističtí.

Dále jsem předpokládala, že respondenti výzkumu budou převážně osoby vyrůstající v patologických výchovných podmínkách, které zažívaly rodinný nesoulad. K tomuto účelu sloužila především interpretace škál Pd1 a FAM. Tato tendence byla však zřejmá i ve výzkumných rozhovorech, ve kterých šest z devíti osob udávalo nevhodné rodinné prostředí. Jako problém se v tomto případě však ukázaly výsledné naměřené hodnoty v oněch dvou škálách. Přestože škála Pd1 měla průměrný T skór 69, 2, stále je tato hodnota pod hranicí čísla 70, které je v manuálu udáváno jako hraniční. Škála FAM však vykazovala jasné zvýšení nad určenou hranici. Hypotézu tedy potvrdit nelze, avšak i přesto se domnívám, že uživatelé návykových látek rozhodně nevyrostali v příhodných rodinných podmínkách. Negativní pocity k rodinným příslušníkům a problémy byly zřejmé. V jejich rodinách se také často objevuje nadměrný abúzus některé návykové látky, zažívají mnohdy velmi těžké situace či traumatické zážitky.

Některé charakteristiky vycházející z interpretace dotazníku MMPI-2 se jeví jako společné pro všechny zkoumané skupiny. Například se u nich neobjevuje neurotický zájem o tělesné funkce, respondenti nemají histrionické znaky. Projevují také tradiční maskulinní a femininní zájmy. Další charakteristiky se však mezi skupinami liší. Statisticky významné rozdíly se objevili především ve škálách Sociální introverze a Hypománie.

Uživatelé alkoholu se dají považovat v rámci sledovaných skupin za nejvíce introvertované. Jsou plaší a odtaziti ze sociálních vztahů. Takové osoby se cítí v nepohodě v sociálních vztazích, stahují se z nich, pokud je to možné. Jsou tedy obecně úzkostní, depresivní a pesimističtí, jsou nespokojení sami se sebou. Jsou sebekritičtí a mohou trpět obsedantními myšlenkami. Co se týče normy a patologie, u osob, užívajících alkohol bychom mohli předpokládat nejméně patologický vývoj. Ve škálách MMPI-2 dosáhli povětšinou normálních hodnot T skórů, zvýšeny u nich byly pouze dvě standardní klinické škály. Podobná tendence vychází u patologických hráčů. I tato skupina skóruje vysoko pouze ve dvou škálách. Rozdíly mezi těmito dvěma skupinami jsou však v tom, že uživatelé alkoholu jsou opravdu introvertní a úzkostné osoby, s nedostatečnou důvěrou v sebe a své schopnosti. Cítí se v nepohodě, jsou nešťastné a pesimistické. Patologičtí hráči jsou naopak osoby extrovertního zaměření, oproti ostatním skupinám nejsou tolik v tenzi, nemají příliš

snížené sebevědomí a sebepojetí. Jsou to osoby impulzivní, objevuje se u nich myšlenkový trysk, jsou sociabilní a podnikaví, mají menší zábrany, narcistické rysy.

Skupina osob užívajících různé psychoaktivní látky a osoby kombinující více látek najednou se jeví jako nejvíce patologické. Více škál je u nich zvýšeno nad hranici normy. Uživatelé psychoaktivních látek bývají osoby s povznesenou, nestabilní náladou, častokrát impulzivní, narcističtí, extravertovaní a povrchní. Cítí se sociálně odcizení, mají špatné rodinné vztahy, problémy s vlastními hodnotami. Jsou podezíraví, hostilní, hádají se sklonem obviňovat druhé, také impulzivní, emočně oploštělí a nepředvídatelní. Neberou ohledy na sociální normy. Avšak i oni často pocítují úzkost, mají nízké sebevědomí a nedůvěru v sebe samé. Osoby kombinující více látek či forem závislosti se jeví jako nejvíce nešťastné a nejisté sami sebou, s nejasnými preferencemi a cíli.

Uživatelé alkoholu spolu se skupinou patologických hráčů jsou také méně paranoidní, ostražití a nemají tolik konfliktů s ostatními lidmi. Podobně platí také to, že tyto osoby si nepřipadají tak odlišné a odcizené, nepochopené a vyloučené z okolí. Uživatelé psychoaktivních látek jsou naopak více chladné a apatické osoby, které cítí, že jsou jiní, nežli většinová společnost.

Zřejmé jsou také rozdíly mezi muži a ženami. Závislé ženy bývají oproti závislým mužům více depresivní a pesimistické, sociálně stažené, plaché a úzkostné. Ženy konzumují nejčastěji alkohol. Objevuje se u nich také užívání léků, což se u mužů nestalo ani v jednom případě. Muži naopak více kombinují několik látek najednou.

Většina údajů, zjištěných ve výzkumném šetření, koresponduje s údaji uvedenými v teoretické části této práce. Lidé závislí na alkoholu často trpí nedostatkem sebeúcty, kterému předchází právě jeho užíváním. Uživatelé alkoholu mohou být precitlivělí, sebelítostiví, mají nízkou frustrační toleranci, různé obavy.

Často si své nízké sebevědomí nesou již z dětství, z rodiny. Bývají to děti vyrůstající v patologickém výchovném prostředí, děti rodičů, kteří také užívají psychoaktivní látky či alkohol. Problémem se stává patologický rodinný systém, ve kterém dochází k zanedbávání potřeb dítěte. A i přesto, že v některých případech uživatelé návykových látek nevyrůstali na první pohled v patologickém prostředí, jistý podíl na jejich závislosti jistě výchova nese. Nelze na všechny tedy aplikovat jedno univerzální pravidlo, avšak nevhodné rodinné prostředí se zdá jedním z nejvíce rizikových faktorů pro vznik závislostního chování.

Výzkum prokázal rozdíly mezi osobnostními charakteristikami mezi muži a ženami. I odborná literatura udává, že u žen je vyšší výskyt depresí a úzkostných stavů, které podporují závislost na alkoholu. Závislost má u nich většinou psychogenní etiologii (zátěžové životní okolnosti, násilí v rodině), zatímco u mužů spíše etiologii sociogenní (životní styl, nevhodná společnost apod.). I toto tvrzení se zdá být potvrzeno. Ženy jsou spíše depresivní a introvertované muži naopak více maničtí a extrovertní.

Jak též udává odborná literatura, je těžké najít ty pravé osobnostní rysy a příčiny, vedoucí k závislostnímu chování. Svoji roli hraje mnoho faktorů. Mezi ty nejčastější dle odborné literatury patří právě porucha rodiny, labilní emoční prožívání, deprese, úzkosti, nízké sebehodnocení, impulzivita či touha po vzrušení či nižší úroveň vzdělání. Všechny tyto charakteristiky se i v mém výzkumu potvrdily.

Pro vznik patologického hráčství jsou také důležité určité charakteristiky. Jak je popsáno v teoretické části důležitou roli hraje například extroverze, menší zábrany, narcistické rysy, nedostatek spolehlivého vztahu, nedostatek empatie a nedůvěra. I tyto charakteristiky bychom mohli potvrdit. Potvrzuje se také trend posledních let, že gambleři už nejsou primárně hráči automatů, avšak především lidé, sázející na internetu, v sázkových kancelářích. Hrají především muži.

V teoretické části bylo také poukázáno na to, že na téma osobnosti u závislých jedinců byla provedena již řada výzkumů. Výsledky tohoto výzkumu souhlasí například s výsledky výzkumu Svobody a Habánové (1981). U závislých osob se objevují problémy se sebehodnocením, sebedůvěrou a sníženou odolností vůči stresu, či menší stupeň zodpovědnosti oproti běžné populaci. Potvrdily se i některé informace z výzkumu realizovaného Výzkumným psychiatrickým ústavem (1995). Například již několikrát uváděné nekvalitní rodinné prostředí. Závislé chování se podle tohoto výzkumu váže na poruchy chování v dětském věku a závislími se stávají častěji lidé se základním vzděláním a ti, kteří pracují v zaměstnání s minimálním požadavkem na vzdělání. Tato fakta se potvrdila pouze z části. Ve výzkumných rozhovorech se objevili lidé, kteří opravdu mají pouze základní vzdělání, případně výuční list. Na druhou stranu jsem se však setkala i s lidmi, kteří absolvovali vysokou školu a pracují ve velmi stresujících povoláních, jako je například lékař. Osoby užívající návykové látky bych si tedy dovolila rozdělit do dvou skupin. Osoby

s minimálním vzděláním a minimálně náročným povoláním a osoby naopak s vysokým vzděláním a velmi náročným povoláním. Také problematika poruch chování v dětském věku by mohla být diskutabilní. Závislími se často stávají i lidé dosud bezproblémoví, u kterých by to mnozí neočekávali. V tomto případě se však často jedná o ženy užívající alkohol a to většinou doma, o samotě. U mužů užívajících psychoaktivní látky a kombinujících více látek najednou lze opravdu očekávat poruchy chování. Tyto údaje však vycházejí spíše z rozhovorů, jelikož MMPI-2 se nezaměřuje na podobné charakteristiky. Pro absolutní potvrzení těchto údajů by bylo nutné provést větší množství tímto směrem orientovaných rozhovorů.

Výzkum Vojtíka a Břicháčka (1987) také dospěl k několika podobným závěrům. Rozhodně bychom mohli u osob užívajících návykové látky očekávat emoční vzrušivost, napětí a úzkost. Pro muže platí i větší nezdrženlivost a nevázané chování v sociálních vztazích. U žen bychom takovéto charakteristiky již hledali hůře. Také výstupy z výzkumu Jeřábka (2008) odkazují na nízké sebepojetí, emoční labilitu, touhu po obdivu a paranoidní tendence či nízkou frustrační toleranci. I tyto charakteristiky se u osob v mém výzkumu projevují.

Potvrdily se i některé výsledky Craigovy studie (1979), i když ne zcela všechny. Uživatelé alkoholu nejsou tolik paranoidní, antisociální, nemají tolik somatických problémů. Uživatelé drog mohou být více narcističtí. U polymorfních uživatelů (tj. uživatelů více drog) se objevují rozmanité ukazatele psychopatologických rysů. Bývají více paranoidní, antisociální. Naopak škála Depresivity u všech uživatelů nebyla nadměrně zvýšena, stejně tak se zcela neobjevilo zvýšení škály Maskulinita, které také Craig popisuje.

V průběhu zpracování výzkumu se objevili i některé problémy, kterým bych zde chtěla věnovat pozornost. Dotazník MMPI-2 je myslím si vhodnou metodou pro zkoumání osobnosti a pro zjišťování osobnostních rysů. Žádný jiný dotazník nepostihuje osobnost v takovémto komplexním pohledu. Má však i své nevýhody. Je nejen časově ale i motivačně náročný. A právě osoby trpící závislostí neprokazují vysokou míru trpělivosti a motivace. Bylo proto obtížné sebrat požadovaný počet dotazníků, které by se vyznačovaly vysokou validitou. Do léčebny jsem docházela po dobu 4 měsíců. Původním cílem bylo sebrat dotazníků alespoň 90. Avšak 4 měsíce se ukázaly jako krátká doba pro výzkum takovéhoho charakteru. Bylo by proto žádoucí začít se sběrem dat o něco dříve.

Výzkum byl dobrovolný a proto se ho většina pacientů odmítala účastnit. Dotazník jim připadal příliš dlouhý a svůj čas raději věnovali jiným aktivitám. Pokud by však byli pacienti

více motivováni, mohla jsem opět získat dotazníků více. Mohla jsem se tedy již před výzkumem více zamyslet nad nějakým motivujícím faktorem.

I přesto, že někteří pacienti souhlasili s vyplněním dotazníku, po nějaké době vyplňování začali ztrácet pozornost a ochotu. Několik dotazníků tedy muselo být kvůli nízké validitě z výzkumu vyřazeno. A přestože z počátku se zdál sebraný počet dotazníků únosný, po tom, co jsem byla nucena vyřadit právě dotazníky nevalidní, se vzorek respondentů poměrně snížil. Pro interpretaci nakonec zůstal nepoměr mezi muži a ženami a také mezi jednotlivými výzkumnými skupinami.

Největší problém byl se skupinou patologických hráčů, protože právě v ní nakonec zůstaly pouze tři osoby, což je pro statistické zpracování velmi málo. Osob závislých pouze na hře se v léčebnách nevyskytuje příliš mnoho. Většinou se jedná o kombinaci závislosti na hře s ještě další jinou formou závislosti. Pro získání lepších a směrodatnějších výsledků by byl třeba dlouhodobější výzkum.

I metoda rozhovorů ukázala jisté shody a souvislosti mezi jednotlivými respondenty a dospěla k podobným závěrům, jako metoda dotazníků. Opět však bylo rozhovorů provedeno pouze devět. Na základě takto omezeného počtu si netroufám tvrdit, že všechny údaje, které z rozhovorů vzešly, se dají aplikovat zcela všeobecně. Pro ilustraci je však tento počet dostačující a i tak ukazuje na některé shodné charakteristiky.

Přes tyto všechny nedostatky jsem se však snažila provádět výzkum co nejefektivněji a nejkorektněji. Do léčebny jsem docházela téměř každý týden. Vždy jsem pacienty na komunitě seznámila se svými požadavky, rozdala dotazníky a souhlas s užitím výsledků a po celou dobu vyplňování jsem s nimi zůstala v místnosti a odpovídala na všechny dotazy.

Rozhovorů se pacienti účastnili ochotněji, nežli dotazníků. Rozhovor byl oproti dotazníku mnohem kratší a zajímavější. Pacienti vždy s ochotou odpovídali na mé otázky. Příště bych tedy rozhovorů provedla také více. Také by se s rozhovory dalo více pracovat, analyzovat je a více rozpracovávat některé závěry. Kvůli časovým podmínkám a dané délce diplomové práce jsem se však omezila na takovýto počet rozhovorů a stručnou práci s nimi. Přesvědčila jsem se však, že kvalitativní metoda rozhovorů přináší mnohdy lepší a přesnější výsledky, nežli kvantitativní metoda dotazníků. Rozhovor je více osobní, člověk je přístupný, spolupracuje, je možné ho ovlivňovat svým chováním a postojem. To při dotazníku lze jen velmi omezeně. Dotazník tedy jistě přináší důležitá data a poukazuje na shodné rysy respondentů. Tento aspekt by však byl možný naplnit i metodou rozhovorů, ke které bych se v případné následující práci přikláněla více.

Troufám si tvrdit, že i v případě několika nedostatků dospěla tato diplomová práce k důležitým poznatkům, které se v mnohých ohledech shodují s teoretickými východisky.

Získané výsledky vypovídají o lidech, kteří jsou aktuálně léčeni v psychiatrické léčebně Praze Bohnicích. Nedovoluji si tedy tvrdit, že se dají obecně aplikovat na všechny uživatele návykových látek.

Závěr

Tato diplomová práce se zaměřila na zjišťování osobnostních charakteristik jedinců užívajících alkohol, psychoaktivní látky a patologických hráčů. Hledala rozdíly v osobnostní struktuře mezi těmito skupinami a také mezi muži a ženami. K tomuto účelu jsem využila klinický dotazník MMPI-2 a také metodu rozhovorů.

Diplomová práce byla rozdělena do dvou celků. Na teoretickou a empirickou část. Teoretická část se zaměřila na závislostní chování a na osobnost uživatelů návykových látek. V počátku empirické části byly na základě prostudování teoretických východisek stanoveny výzkumné hypotézy a výzkumné cíle, které jsem se snažila potvrdit, či vyvrátit. Většina informací, které jsem získala a interpretovala, byla v souladu s teoretickými východisky a s výzkumy již uskutečněnými.

Výsledky výzkumu ukazují, že osoby užívající návykové látky jsou často nepřízpůsobivé sobě i sociálnímu okolí. Prožívají konflikty v mezilidských vztazích, v rodinách. Mívají problémy se sociálními normami i s autoritami. Jsou impulzivní, oploštělí a nepředvídatelní, podezíraví se sklonem obviňovat druhé. Často je trápí různé obsedantní myšlenky, jsou sebekritičtí a ustrašení. Mnohdy se stahují ze vztahů s druhými lidmi, cítí se nepochopení a odcizení, prožívají bizarní pocity. Právě proto někteří z nich unikají k návykovým látkám. Po jejich užití si některé problémy nepřipouští. Cítí se osamělí a nemají jasnou představu o sobě samých. Často se jedná o osoby s povznesenou, nestabilní náladou, impulzivní, narcistické a povrchní, avšak depresivní, úzkostné a s nízkým sebevědomím.

Ukázaly se také rozdíly v osobnostních rysech mezi muži a ženami. Muži se jeví oproti ženám více povznesení, mají nestabilní náladu, jsou impulzivní a narcističtí. Jsou více extrovertního zaměření, nežli ženy, také více povrchní a lhostejní. Ženy jsou naopak oproti mužům více úzkostné a tenzní, často se cítí v nepohodě v mezilidských vztazích. Jsou depresivní a pesimistické, nemají dostatečnou víru v budoucnost ani ve své schopnosti. Mají sklony k nadměrným obavám, cítí se nemilovány a často v nepohodě. Jsou tedy oproti mužům více labilní a navenek manifestují mnohem nižší sebevědomí.

V neposlední řadě se objevily rozdíly i mezi uživateli alkoholu, psychoaktivních látek a patologických hráčů a to obzvláště ve škálách Hypománie a Sociální introverze. V těchto případech se jedná o statisticky významný rozdíl. Ale i některé další škály projevují rozdíly mezi skupinami. Například škála Deprese, Psychopatická odchylka, Paranoia či Psychastenien a Hypománie.

Osoby závislé na alkoholu jsou mnohem méně manické a impulzivní, nežli uživatelé psychoaktivních látek a patologičtí hráči. Uživatelé alkoholu nejsou tolik narcističtí a povrchní, jsou spíše introvertního zaměření. Nevyhledávají tolik společnost jako uživatelé jiných návykových látek a hráči. Jsou plaší a otažití ze sociálních vztahů.

Uživatelé alkoholu jsou také více depresivní a pesimističtí, neuspokojení sebou samým. Naopak si méně stěžují na rodinné vztahy, autority, jsou méně zlostní a více předvídatelní, nežli uživatelé psychoaktivních látek a gambleři a také méně obsedantně kompulzivní a manicky excitovaní.

Uživatelé alkoholu spolu se skupinou patologických hráčů jsou také méně paranoidní, ostražití a nemají tolik konfliktů s ostatními lidmi. Podobně platí také to, že obě skupiny nevykazují tolik rysů podivných percepcí, bizarních myšlenkových i tělesných procesů, nepřipadají si tak odlišní a odcizení. Uživatelé psychoaktivních látek jsou naopak více chladné a apatické osoby, které cítí, že jsou jiní, nežli většinová společnost.

Diplomová práce mi přinesla mnoho nových poznatků a zkušeností. Pro toto téma jsem se rozhodla především proto, že mě vždy zajímaly motivy a charakteristiky uživatelů návykových látek. Také vzhledem k tomu, že se i v mém okolí objevuje velké množství lidí experimentujících s různými návykovými látkami. O danou problematiku jsem se začala spolu se studiem psychologie zajímat ještě více. Po prostudování teoretického zázemí jsem toužila zjistit, zda opravdu data, která uvádí odborná literatura jsou pravdivá, zda se i v mém výzkumu objeví podobné výsledky, případně zda se mi nepodaří dospět k nějakým novým závěrům. Většina stanovených výzkumných hypotéz se však potvrdila a získaná data jsou tedy z velké části v souladu s teoretickými poznatky. Nepotvrdila se hypotéza předpokládající rodinný nesoulad a nevhodné rodinné zázemí. S přihlédnutím k výsledným hodnotám však i přesto předpokládám dysharmonické výchovné prostředí u velké části uživatelů návykových látek. Druhou hypotézou, kterou jsem nemohla potvrdit, byla statistická hypotéza ohledně zvýšení škál Psychopatická odchylka a Deprese. Zvýšení klinické škály Deprese se nepotvrdilo. Přesto však konstatuji zvýšenou depresivitu a labilitu uživatelů návykových látek, jelikož ve všech ostatních škálách zaměřených tímto směrem bylo zvýšení zjevné.

Spolupráce s respondenty i celé výzkumné šetření bylo velmi zajímavé. Jsem ráda za možnost hlouběji proniknout do psychiatrické léčebny v Praze Bohnicích. Poznala jsem mnoho nových lidí a zážitků a vyslechla mnoho zkušeností. Utvrdila jsem si svůj negativní postoj k návykovým látkám jako takovým, ale zároveň jsem poznala, že i lidé, užívající

návykové látky nejsou zlí a není to nikdo, koho bychom se museli ve většině případů obávat. Jsou to lidé s mnoha trápeními, kterými museli za život projít a kteří nebyli dost silní na to, aby zvládli své problémy konstruktivním řešením. Nezaslouží si, aby jimi bylo opovrhováno, většinou sami touží po pomoci, mnohdy si však o ní nedokáží říci.

Diplomová práce z mého pohledu splnila svůj účel a přinesla mnoho poznatků, které jsou přínosné nejen pro mou osobu, ale i pro všechny další, jejichž zájem je soustředěný stejným směrem.

Seznam použité literatury

- BARNARDOVÁ M., *Drogová závislost a rodina*, Praha, Triton, 2007, ISBN 978-80-7387-386-8
- BARNES G. E. a kol., *Addiction-Prone Personality*, New York, Kluwer Academic Publishers, 2000, ISBN 0-306-47176-0
- BERÁNKOVÁ D., *Rozdíly v sebesystému u alkoholiků, gamblarů a toxikomanů*, Rigorózní práce, Brno, 2011,
- BERGERET J., *Toxikomanie a osobnost*, Praha, Victoria Publishing, 1995, ISBN 80-7178-003-X
- BLATNÝ M. a kol., *Psychologie osobnosti*, Praha, Grada, 2010, ISBN 978-80-247-3434-7
- Cloninger, C. R. (1987). *Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism*. Science, 236, s. 410-416
- CSÉMY L., NEŠPOR K., *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*, Praha, Psychiatrické centrum, 1996, ISBN-10: 80-85121-52-2
- ERIKSON E., *Dětství a společnost*, Argo, 2002, ISBN 80-7203-380-8
- FERJENČÍK J., *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*, Praha, Portál, 2000, ISBN 80-7178-367-6
- HATHAWAY S. R., MCKINLEY J. C., *Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2*, Praha, Testcentrum, 2002
- HORT V., HRDLÍČKA M., MALÁ E., KOCOURKOVÁ J. a kol., *Dětská a adolescentní psychiatrie*, Praha, Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-404-5
- CHALOUPKA L., *Úvod do sociální patologie: Toxikománie*, Praha, Státní pedagogické nakladatelství, 1986, ISBN 17-106-86
- JERÁBEK P., *Osobnostní dispozice k drogové závislosti: Klinický pohled*. Časopis *Adiktologie*, 2006, číslo 4, str. 492-505
- KALINA K. a kol., *Základy klinické adiktologie*, Praha, Grada, 2008, ISBN 978-80-247-1411-0
- MARHOUNOVÁ J., NEŠPOR K., *Alkoholici, fetišáci a gambleři*, Praha: Empatie, 1995, ISBN 80-901618-9-8
- MEČÍŘ J., *Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže*, Praha, Avicenum, 1990
- NEŠPOR K., *Návykové chování a závislost*, Praha, Portál, 2011, ISBN 978-80-7367-908-8
- NEŠPOR K., CSÉMY L., *Alkohol, drogy a vaše děti, jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*, Praha, Fit in, 1995
- SKÁLA J., *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, Praha, Avicenum, 1987, ISBN 08-077-87

PONĚŠICKÝ J., *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*, Praha, Triton, 2004, ISBN 80-7254-459-4

POKORNÝ V. TELCOVÁ J. TOMKO A., *Patologické závislosti*, Brno, Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002, ISBN 80-86568-02-04

ROTGERS F., *Léčba drogových závislostí*, Praha, Grada, 1999, ISBN 80-7169-836-9

ŘÍČAN P., *Psychologie osobnosti – obor v pohybu*, Praha, Grada, 2012, ISBN 978-80-247-3133-9

SMÉKAL V., MACEK P., *Utváření a vývoj osobnosti*, Brno, Barrister and Principal, 2002, ISBN 80-85947-83-8

SMOLÍK P., *Duševní a behaviorální poruchy*, Praha, Maxdorf, 1996, ISBN 80-85800-33-0

URBAN E., *Toxikománie*, Praha, Avicenum, 1973

VODÁČKOVÁ D. A KOL., *Krizová intervence*, Praha, Portál, 2000, ISBN 80-7367-342-8

VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha, Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-414-4, 80-7178-802-3

VÁGNEROVÁ M., *Psychologie osobnosti*, Praha, Karolínium, 2010, ISBN 978-80-246-1832-6

VOJTÍK V., BŘICHÁČEK V., *Mládež ohrožená toxikomanií*, Praha, Výzkumný ústav psychiatrický, 1987

ZÁŠKODNÁ H., *Závislost na drogách*, Ostravská univerzita v Ostravě, Ostrava, 2004, ISBN 80-7042-689-6

Přílohy

Příloha č. 1:

- Tabulka č. 1: Rozdíly v osobnostních charakteristikách mezi uživateli alkoholu, psychoaktivních látek a patologických hráčů
- Tabulka č. 2: Hladiny statistické významnosti

Příloha č. 2:

- Tabulka č. 3: Rozdíly v osobnostních charakteristikách mezi muži a ženami
- Tabulka č. 4: Hladiny statistické významnosti

Příloha č. 3:

- Tabulka č. 5: Výsledky T testu (pro škály LSE, DEP)

Příloha č. 4:

- Výzkumný rozhovor

Příloha č. 5:

- Ukázka výzkumného rozhovoru, muž léčící se ze závislosti na alkoholu, 41 let

Příloha č. 6:

- Ukázka výzkumného rozhovoru, muž léčící se ze závislosti sázení na internetu, 33 let

Příloha č. 7:

- Ukázka výzkumného rozhovoru, muž léčící se ze závislosti na psychoaktivních látkách, 26 let

Příloha č. 8:

- Ukázka výzkumného rozhovoru žena léčící se ze závislosti na alkoholu, 50 let

Příloha č. 9:

- Ukázka výzkumného rozhovoru, žena léčící se ze závislosti na psychoaktivních látkách, 24 let

Příloha č. 10:

- Ukázka vyplněného záznamového listu MMPI-2